

Année 1886

N°

9

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 12 Novembre 1886, à 1 heure

Par GERASIME PHOCAS

Né à Céphalonie (Grèce), le 7 août 1861.

Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris,

Ancien aide d'anatomie de la Faculté de médecine.

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE CLINIQUE DES RAPPORTS

ENTRE CERTAINES

INFLAMMATIONS ET TUMEURS DU SEIN

(MALADIE NOUEUSE DE LA MAMELLE)

Président : M. TRÉLAT, professeur.

Juges { MM. FOURNIER, professeur,
LANDOUZY et RECLUS, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, Rue Casimir-Delavigne, 2

1886

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BÉCLARD.

Professeurs..... MM.

Anatomie.....	N...
Physiologie.....	BÉCLARD.
Physique médicale.....	N...
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	{ PETER.
	DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale.....	{ GUYON.
	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	DUPLAY.
Pharmacologie.....	REGNAULD
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
Clinique médicale.....	{ SÉE (G.).
	N...
	POTAIN.
	JACCOUD.
Maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies nerveuses.....	{ CHARCOT
	RICHET.
Clinique chirurgicale.....	{ VERNEUIL.
	TRELAT.
	LE FORT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	PAJOT.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.

Doyen honoraire : M. VULPIAN.

Professeur honoraire : M. GOSSELIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	HANOT.	PINARD.	RIBEMONT-DESSAIGNES.
BOUILLY.	HANRIOT.	POUCHET.	RICHELOT.
BUDIN.	HUMBERT.	QUINQUAUD.	Ch. RICHET.
CAMPENON.	HUTINEL.	RAYMOND.	ROBIN(Albert)
DEBOVE.	JOFFROY.	RECLUS.	SEGOND.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	KIRMISSON.	BEMY.	STRAUS.
GUEBHARD.	LANDOUZY.	RENDU.	TERRILLON.
HALLOPEAU.	PEYROT.	REYNIER.	TROISIER.

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE CLINIQUE DES RAPPORTS

ENTRE CERTAINES

INFLAMMATIONS ET TUMEURS DU SEIN

(MALADIE NOUEUSE DE LA MAMELLE)

INTRODUCTION

Tout le monde connaît les vives controverses et les discussions sans fin qu'a suscité le mot *tumeur* appliqué pour désigner les néoplasmes. Inventé à une époque éloignée par des observateurs qui désiraient avant tout trouver des expressions poétiques et saisissantes, ce mot a rencontré à notre époque scientifique des commentateurs rigoureux. Les uns l'ayant pris au pied de la lettre voulurent décrire toute prééminence sous ce nom ; d'autres restreignant sa signification première, lui conservèrent un sens mieux en rapport avec les habitudes du moment ou les exigences de la clinique. Personne n'a pu au juste délimiter sa valeur. Cette incertitude dans le langage

la description classique laisse, selon moi, à désirer; je veux parler de *l'induration chronique de la mamelle*. Confondue souvent avec les tumeurs du sein, tantôt celles de nature bénigne, tantôt celles de nature maligne, l'induration de la mamelle est rarement étudiée à part. Il m'a semblé qu'il s'agissait là d'une forme de transition entre les processus inflammatoires et néoplasiques. Trouver ou avoir cru trouver une zone de transition entre les deux champs mal limités, c'a été plus que suffisant pour m'engager à l'explorer aussi soigneusement qu'il était en mon faible pouvoir de le faire. A la suite de la description de l'induration chronique (que je propose d'appeler maladie noueuse de la mamelle), j'ai placé en forme de déduction la discussion de sa nature; en quelques mots j'ai essayé de montrer sa parenté avec les tumeurs, sa généalogie qui presque toujours est inflammatoire.

Voici le plan de cette thèse :

Difficultés de diagnostic entre certaines inflammations et tumeurs du sein :

I. Inflammations aiguës.

II. Inflammations subaiguës.

III. Inflammations chroniques.

A. Abscess chroniques.

B. Indurations chroniques.

Maladie noueuse de la mamelle (Obs. Etiolog. Sympt.

Diag. Pathogénie).

Avant d'entrer en matière, je remplis un devoir agréable en exprimant ici tous mes sentiments de reconnaissance et de profond respect à mes maîtres dans les hôpitaux.

A M. le professeur Panas, qui n'a cessé depuis le début de mes études de me témoigner le plus vif intérêt, et qui me fit l'honneur de m'accepter comme interne pendant une année dans son service.

A mon président de thèse, M. le professeur U. Trélat, à qui je dois double reconnaissance et pour l'honneur qu'il me fait de présider ce travail, et pour son savant et original enseignement dont j'ai pu profiter pendant mon année d'internat dans son service.

A mon excellent maître, M. le professeur Lefort.

A mon dernier et affectionné maître M. le Dr Tillaux. Je suis heureux qu'il puisse retrouver dans cette thèse un reflet de son enseignement si suivi.

A M. le Dr Bouilly.

Que mes autres maîtres dans les hôpitaux veuillent bien agréer l'expression de ma gratitude. M. le Dr Hérard, mon premier maître en médecine; MM. les docteurs Quinquaud, Moissenet, Raymond, Segond, Perraud, Brun.

Qu'il me soit permis de remercier aussi M. le Dr Le Dentu de la complaisance avec laquelle il a mis à ma disposition ses observations et le résultat de sa pratique.

Après cela, je demanderai l'indulgence de ces maîtres, si mon travail n'est pas à la hauteur du sujet. La diffi-

culté de ce dernier entrera, je l'espère, en ligne de compte dans la critique de cette thèse. Les idées passent, mais les faits restent. J'ai tenu à les faire parler autant que possible. Les observations sont nombreuses dans ma thèse. La plupart sont inédites ou personnelles. Elles sont toutes intercalées dans le texte.

Je sens que le sujet ne se trouve nullement épuisé; mes observations serviront au moins à la rédaction de quelque travail plus sérieux.

ou chroniques. Nous allons les passer successivement en revue pour voir quelles sont celles qui ont été le plus souvent confondues; quels en sont les signes révélateurs; quel est le genre de traitement avec lequel elles ont affecté.

DIFFICULTÉS DE DIAGNOSTIC ENTRE CERTAINES INFLAMMATIONS ET TUMEURS DU SEIN

S'il est parfois difficile de se prononcer sur la nature d'une tumeur donnée de la mamelle, il semblerait, au premier abord, que la distinction entre les tumeurs et les inflammations de la glande est aujourd'hui assez solidement établie en clinique, pour qu'une méprise de cet ordre soit toujours possible à éviter. Cependant, des erreurs de ce genre ont été commises. Des chirurgiens expérimentés, des maîtres dans l'art de guérir, ont souvent pris un abcès pour une tumeur du sein. Les uns sont allés jusqu'à amputer inutilement la mamelle; d'autres, plus patients ou plus heureux, ont corrigé leur diagnostic à temps. Tous ont beaucoup hésité dans certaines circonstances. On pourrait même dire que si une erreur de diagnostic devait se justifier par les noms de ceux qui l'ont commise, les noms célèbres ne nous manqueraient pas pour justifier l'erreur que voici.

Apprendre à la connaître, c'est le plus sûr moyen de l'éviter.

C'est là l'objet de ce chapitre.

Pour cela nous diviserons les inflammations du sein en trois classes, selon qu'elles sont aiguës, subaiguës

ou chroniques. Nous allons les passer successivement en revue pour voir quelles sont celles qui ont été le plus souvent confondues; quels en sont les signes révélateurs; quel est le genre de tumeur avec laquelle elles ont affecté des ressemblances.

ET TUMEURS DU SEIN
ENTRE CERTAINES INFLAMMATIONS

Il est parfois difficile de se prononcer sur la nature d'une tumeur donnée de la mamelle, il semblerait au premier abord, que la distinction entre les tumeurs et les inflammations de la glande est aujourd'hui assez solidement établie en clinique, pour qu'une méprise de cet ordre soit toujours possible à éviter. Cependant, des erreurs de ce genre ont été commises. Des chirurgiens expérimentés, des maîtres dans l'art de guérir, ont souvent pris un abcès pour une tumeur du sein. Les uns sont allés jusqu'à amputer inutilement la mamelle; d'autres, plus patients ou plus heureux, ont corrigé leur diagnostic à temps. Tous ont beaucoup hésité dans certaines circonstances. On pourrait même dire que si une erreur de diagnostic devait se justifier par les noms de ceux qui l'ont commise, les noms célèbres ne nous manqueraient pas pour justifier l'erreur que voici.

Apprendre à la connaître, c'est le plus sûr moyen de l'éviter.

C'est là l'objet de ce chapitre.

Pour cela nous diviserons les inflammations du sein en trois classes, selon qu'elles sont aiguës, subaiguës

M. Tillaux compare l'aspect de ce sein atteint de mammite post-puerpérale avec l'aspect qu'offre le sein d'une femme qui se trouve en ce moment dans les salles, et qui, elle, offre un beau type de cancer limité de la mamelle.

I. — INFLAMMATIONS AIGÜES

De part et d'autre, on a affaire à une tumeur qui englobe la glande et se l'approprie. De part et d'autre, cette

Un premier fait paraît résulter de nos observations, c'est que les abcès aigus de la mamelle ont été rarement méconnus. Cependant une mammite classique post-puerpérale peut ressembler physiquement d'une manière absolue à une tumeur maligne de la mamelle.

On peut s'en convaincre par la lecture de l'observation suivante :

On peut s'en convaincre par la lecture de l'observation suivante :

OBSERVATION I

Mammite post-puerpérale ressemblant à une tumeur du sein.

Femme âgée de 27 ans, couchée n° 11, salle Ste-Marthe (service de M. Tillaux). A fait ses couches il y a trois semaines ; donne à allaiter pendant quelques jours et suspend ensuite l'allaitement.

Sein gauche. — Il existe une véritable tumeur qui englobe toute la glande. Elle est douloureuse à la pression, bosselée, irrégulière. La peau ne glisse que difficilement sur elle ; ne peut être facilement plissée. Elle contracte des adhérences à l'aponévrose du grand pectoral. La peau est sillonnée de quelques veinosités, n'est pas rouge. Le mamelon est aplati, non rétracté. Il existe quelques ganglions dans l'aisselle.

M. Tillaux compare l'aspect de ce sein atteint de mammite post-puerpérale avec l'aspect qu'offre le sein d'une femme qui se trouve en ce moment dans les salles, et qui, elle, offre un beau type de cancer limité de la mamelle.

De part et d'autre, on a affaire à une *tumeur* qui englobe la glande et se l'approprie. De part et d'autre, cette tumeur est ferme, dure, sans changement de couleur à la peau, peu ou point douloureuse, nullement fluctuante, ayant déterminé l'engorgement des ganglions axillaires. Il ne faut même pas invoquer l'état général, car il n'est pas vrai que la santé dépérisse toujours dans le cancer. Une proposition aussi absolue ne serait pas exacte. Un cancer adhérent à la peau, avec envahissement ganglionnaire est compatible avec une santé excellente, avec un embonpoint bien conservé. Et qui ne connaît le délabrement dans la santé générale que certaines femmes présentent à la suite de couches? Cette mammite affecte donc la plus grande ressemblance avec une vraie tumeur. Malgré cela, l'erreur de diagnostic est impossible à commettre. Ce qui sauve la situation est le commémoratif dans le présent, la marche dans un avenir rapproché. Le commémoratif, qui nous ramène en plein état puerpéral, au milieu de circonstances reconnues propres à la formation du pus; la marche de la maladie, qui au bout de deux ou trois jours va nous conduire à la rougeur, à l'œdème de la peau, à la fluctuation manifeste. Voilà pourquoi un abcès aigu post-puerpéral, à son début ne peut jamais donner le change, quoiqu'il affecte de grandes ressemblances physiques avec une tumeur.

Ce n'est certes pas à son apogée qu'il pourrait avoir la moindre chance d'être méconnu.

Il n'en est pas de même de son déclin. L'inflammation, avec ses caractères cardinaux alors disparue ; il ne reste plus que la tuméfaction.

Tous les auteurs, aussi bien les anciens et les modernes, nous renseignent sur ces résolutions lentes d'un abcès aigu. Je cite au hasard : « Quelquefois la résolution de l'inflammation est incomplète et il reste dans la mamelle une tumeur dure, arrondie, du volume d'un petit œuf, indolente ou peu douloureuse qui subsiste longtemps avec l'apparence d'un squirrhe » (Lassus. Path. chirurg., 1806) et, ailleurs, « l'inflammation de la mamelle peut se terminer par induration. La tumeur subsiste indurée » (Richerand. Trait. path., 1815). « Une terminaison de l'inflammation de la mamelle est un endurcissement chronique, suite d'une résolution partielle, qui persiste quelquefois un temps fort long » (Trait. path., Boyer, 1821). « Les indurations chroniques subinflammatoires pourraient être quelquefois confondues avec le cancer de la mamelle » (Nélaton, Tr. path., 1858). Il faut distinguer avec Bérard (Th., 1852) cet ordre des faits en deux classes : l'inflammation qui a précédé l'engorgement chronique a passé par la suppuration. Cas dans lesquels les phénomènes inflammatoires du début ont été peu considérables et ne sont pas arrivés jusqu'à la suppuration.

Si l'abcès a suppuré, qu'il se soit ouvert spontanément ou fendu au bistouri, après sa guérison, il reste une tuméfaction qui ressemble à une tumeur, à un néoplasme. Le commémoratif pourra alors fixer l'esprit sur sa véri-

table nature. Il faut cependant se méfier, ne pas trop insister sur le commémoratif.

Il n'est pas inutile, à ce propos, de rappeler ici le fait si curieux de Fabrice de Hilden. Cet auteur rapporte l'observation d'une femme qui eut un abcès laiteux de la mamelle droite; à la suite de cet abcès il est resté un engorgement. Plus tard, cet engorgement prit les caractères d'un squirrhe; il fallut, cinq ans après, venir à l'amputation du sein. « Un enfant nourri par cette femme dans l'intervalle de la première grossesse à l'opération, mourut au bout de quelques mois de tumeurs cancéreuses ». (Fabr. de Hilden, obs. LXXVIII). Malgré l'étonnement que peuvent occasionner ces dernières lignes, il n'est pas moins vrai que ce fait démontre que les autres caractères de la tumeur doivent être pris en sérieuse considération. Ne savons-nous pas, depuis les travaux de Verneuil et de son école, qu'une inflammation antérieure peut créer un *locus minoris resistentiæ* propre à l'éclosion du cancer chez les sujets prédisposés.

On examinera donc successivement l'état de la peau, des parties profondes; les caractères de la tumeur. Le cancer envahit rapidement la peau, il est dur, souvent il adhère au grand pectoral; s'accompagne rapidement d'une infection ganglionnaire; enfin, caractère de la plus haute importance, il ne rétrograde jamais. Relativement à l'envahissement de la peau, on remarquera que souvent dans le cancer elle devient *capitonée* longtemps avant qu'elle soit véritablement adhérente. C'est là une expression heureuse employée par M. Tillaux pour désigner un fait qu'on est souvent en mesure de constater. Si l'on

prend la peau entre les deux doigts en l'embrassant ainsi sur une large étendue au-dessus de la tumeur, on la voit partout libre et facile à soulever, sauf à un point central, qui correspond au milieu de la tumeur.

Ce point paraît enfoncé, il forme dépression, ressemblant ainsi à un capiton de matelas. C'est une adhérence, en réalité, mais au lieu d'être diffuse, elle est circonscrite et limitée sur un seul point, le centre de la tumeur.

Il y a des circonstances de cet ordre où, malgré l'examen le plus rigoureux et la plus minutieuse enquête, les doutes ne persistent pas moins. Nous avons eu l'occasion de voir, dans le service de M. Verneuil, une femme d'une trentaine d'années, la nommée R... qui était sortie il y a quelque temps de la Pitié. Cette femme, bien portante d'ailleurs, a accouché le 22 janvier 1886. A la suite de cet accouchement, elle eut des abcès du sein qui furent soignés par M. Verneuil. La mamelle droite était sillonnée par une grande quantité d'abcès. Elle n'en fut débarrassée qu'à force de drainage. Pendant qu'elle était en traitement pour ce sein, elle accusa une douleur à la mamelle opposée. Cette douleur siégeait presque au niveau du mamelon ; elle était accompagnée de chaleur et de tuméfaction. On vit là le commencement d'un phlegmon, on se contenta d'applications antiphlogistiques. La douleur se calma ; tout rentra dans l'ordre. Mais, quelques jours après, il y eut un réveil de douleur et de tuméfaction à la même place. Dès lors on se préoccupa de la fluctuation, on crut un instant que seule l'ouverture au bistouri viendrait à bout de la guérir ; cependant, comme cette fluctuation était douteuse, on s'en tint aux antiphlogisti-

ques. Sous leur influence cette recrudescence inflammatoire fut apaisée ; la malade fut considérée comme guérie. Elle demanda et obtint sa sortie de l'hôpital. Le 9 mai, elle revint à la consultation, non pour son sein droit, qui fut le plus éprouvé, mais pour le sein gauche, où il n'y eut qu'une menace de phlegmon. On put alors constater qu'au-dessus du mamelon il existe une plaque indurée, une vraie *tumeur*. Cette tumeur est ovalaire, à grand axe transversalement dirigé, grosse comme une noisette assez volumineuse. Elle est plutôt rénitente que vraiment dure, mobile sur les parties profondes. Mais, circonstance digne de fixer l'attention, la peau est adhérente. Cette peau, qui ne paraît avoir subi aucune modification dans ces caractères extérieurs est intimement unie à la tuméfaction sous-jacente. Quand on essaie de la plisser, elle s'enfonce en plusieurs points, se soulève sur d'autres, donnant ainsi l'aspect le plus net du signe bien connu depuis Nélaton, si je ne me trompe, sous le nom « de peau d'orange ». Voilà donc une tuméfaction, résultant d'un phlegmon avorté, qui présente cependant un signe, on ne peut plus caractéristique du cancer « la peau d'orange ». M. Verneuil dans une leçon clinique, qu'il fit à ce sujet, attachait comme de juste une importance considérable à ce signe. » Si cette malade, disait-il, était arrivée aujourd'hui sans autres renseignements, si je ne connaissais pas son affection et si je ne l'avais pas suivie, j'aurais affirmé qu'elle a un squirrhe de la mamelle.

Et encore j'ai peur qu'il n'arrive ici un néoplasme et, ne puis éloigner de mon esprit cette mauvaise impression, qui nous reste toujours après la constatation de ce

qu'on appelle « la peau d'orange ». L'avenir décidera du reste. Quand à nous, il nous a paru utile de consigner ce fait, pour montrer jusqu'à quel point la difficulté du diagnostic peut arriver dans certains cas. Il faut bien le dire, nous sommes enclins de penser qu'il s'agit d'une induration inflammatoire consécutive. C'est la première idée qui vient à l'esprit quand on connaît l'observation de cette malade, qu'on a assisté au début inflammatoire de l'affection survenue en plein état puerpéral au milieu des autres particularités sur lesquelles nous venons d'insister.

Mais cette induration n'est pas moins bizarre dans ses allures; au lieu de consister en une petite induration, reliquat presque forcé de toute ouverture d'abcès, induration qui, dans la mamelle, offre plutôt des ressemblances avec les tumeurs bénignes, elle revêt, au contraire tellement les caractères d'un squirrhe, qu'après avoir donné notre opinion, nous nous croyons forcé d'imiter la sage réserve de M. Verneuil et de remettre au temps le soin de nous éclairer sur sa véritable nature. Nous nous garderons, par conséquent, d'en tirer quelque conclusion absolue. Nous dirons seulement que, dans certains cas, une induration post-inflammatoire peut offrir des grandes ressemblances avec le cancer, ou, si l'on veut, que le cancer peut survenir dans des circonstances telles qu'il appelle une discussion délicate de diagnostic avec l'induration consécutive à un phlegmon de la mamelle. Dans ces cas difficiles, le dernier juge est le temps. On temporise, on prescrit un traitement général, en vertu de ce principe que dans le doute, il faut pencher pour l'affection la moins grave, parfois on a ainsi la joie de constater au bout de

quelques jours la résolution de la tuméfaction inquiétante, sur laquelle un traitement médical quelconque n'aurait aucune prise, si sa nature était vraiment de celle des cancers.

On a vu, dans l'exposition du fait précédent, combien le diagnostic peut être difficile quand le travail inflammatoire aigu n'a pas abouti à la suppuration. S'il est subaigu ou chronique, les difficultés vont se présenter plus nombreuses, comme on le verra dans le paragraphe qui suit.

II. — INFLAMMATIONS SUBAIGUES

Les mammites interstitielles subaiguës peuvent se terminer par résolution, par induration; elles peuvent, enfin, suppurar. Elles ont été étudiées par F. Fau (F. Fau. Th., Paris, 1878), dans un travail inspiré par M. Duplay, sous le nom de mammite interstitielle non puerpérale subaiguë. Ce professeur lui-même fit, en 1878, à St-Louis, une leçon clinique sur le sujet.

Nous donnons deux de nos observations qui se rapportent à ce genre d'inflammation; l'une s'est terminée par suppuration, l'autre par résolution et induration.

OBSERVATION II (Personnelle, inédite).

Mammite interstitielle non puerpérale subaiguë terminée par suppuration, ayant donné lieu à des difficultés de diagnostic, et fait croire à une tumeur.

M^{me} Des... Adèle, âgée de 30 ans, concierge, demeurant rue de Passy, se présente le 28 novembre 1884 à Necker (service de M. Le Fort) pour une affection du sein.

Les antécédents de cette malade ne présentent rien de particulier à signaler. Son père est mort à l'âge de 47 ans, de maladie inconnue. Sa mère âgée de 70 ans, est bien portante.

Une sœur est morte de fièvre typhoïde. Elle-même fut atteinte de fièvre typhoïde à l'âge de 19 ans.

Menstruée facilement à l'âge de 14 ans 1/2, les règles sont revenues régulièrement depuis, sans retard ; elles durent 4 ou 5 jours.

Il y a 2 ans, elle était attachée comme surveillante à une maison de retraite, elle jouissait d'une parfaite santé. En 1882 elle se maria. Elle eut deux enfants. Couches faciles. La dernière remonte à 10 mois. A la suite de ses couches elle n'éprouve rien d'anormal du côté des seins. Elle n'allaita son dernier enfant que pendant un mois.

Début. — L'affection actuelle paraît avoir débuté il y a trois semaines par des démangeaisons dans le bas du sein gauche. Au bout de 8 jours à ces démangeaisons succédèrent des douleurs pulsatiles qui étaient plus fortes la nuit que le jour. C'est en ce moment que la malade en se tâtant, s'aperçut qu'elle portait une grosseur du volume d'un œuf dans le sein gauche. Elle ne s'en inquiéta pas outre mesure, continua à vaquer à ses occupations habituelles. Cependant les douleurs au lieu de se calmer devenaient plus fortes. Elles étaient fixes, n'irradiaient pas dans les bras, revenaient surtout la nuit. C'est à cause de ces douleurs qu'elle vient consulter à l'hôpital.

Etat actuel. — Il est frappant de constater combien le faciès de la malade s'est modifié depuis quelque temps. Ses parents en sont devenus inquiets. La peau est devenue terreuse ; elle nous dit avoir beaucoup maigri. Cependant l'appétit est encore conservé ; toutes les fonctions s'accomplissent normalement.

Etat local. — A la vue, le sein gauche est beaucoup plus volumineux que son congénère du côté droit. La peau est sillonnée de quelques veinosités plus prononcées à la partie supérieure et externe de la mamelle. L'aréole paraît élargie et le mamelon a subi un commencement de rétraction en même temps qu'il s'est aplati. Il ne s'écoule rien du mamelon. A la palpation on trouve une tumeur, située dans le sein gauche du volume d'une orange, mobile sous la peau et sur le grand pectoral non contracté. Sa

forme est globuleuse. Sa surface est légèrement mamelonnée. Sa consistance est ferme, uniforme. En faisant contracter le grand pectoral par le procédé habituel, on voit que la tumeur est encore mobile, mais sa mobilité est moindre que lorsque le muscle se relâche. Dans l'aisselle à l'union de la paroi antérieure et de la paroi interne on reconnaît la présence de deux ou trois petits ganglions qui présentent une certaine dureté. Ces ganglions ne sont pas douloureux à la pression, ils roulent sous le doigt qui les explore. La circonférence du sein prise à sa base est de 36 cent. La palpation n'est pas bien douloureuse. En pressant un peu la tumeur on provoque un peu de douleur.

En présence d'une affection semblable, le doute n'était pas bien permis.

Pour celui qui connaissait la malade, le changement dans son état général était manifeste. Elle était pâle, anxieuse, préoccupée de son état. En passant en revue les détails de son observation on était frappé par les circonstances suivantes : l'âge peu avancé, l'absence d'antécédents héréditaires, la marche rapide de l'affection. Mais, sauf ces particularités, l'idée de *tumeur* ne faisait de doute pour personne.

Devant une tuméfaction si nette, mamelonnée et dure, accompagnée d'intumescence ganglionnaire, l'idée d'une affection cancéreuse s'imposait. On voit bien le cancer survenir chez de jeunes femmes. Les antécédents peuvent manquer ou être mal connus de la malade elle-même. Quant au début récent de l'affection, il pouvait encore s'expliquer de deux façons ; ou ce début ne datait réellement que du moment où la malade s'est aperçue de sa grosseur ; il dénotait ainsi une forme maligne de cancer ; ou ce début était plus éloigné et la tumeur ne devint apparente qu'à partir du moment où elle s'est mise à provoquer des douleurs ou à grossir.

M. Le Fort examina la malade et conclut aussi à l'existence d'une tumeur maligne. Il voulut cependant essayer de la compression qui lui a donné de beaux résultats dans d'autres cas de tumeurs du sein.

C'est dans cette idée qu'il fit faire la compression à la malade. On la renvoya chez elle en lui faisant cependant entendre que la compression ne sera peut-être pas suffisante à la guérir et entrevoir la possibilité d'une opération sanglante. Elle promit de revenir, après avoir réglé certaines affaires de famille, si une opération était jugée nécessaire.

Au bout de sept jours elle revenait à Necker.

La compression n'a pu être tolérée. La malade fut obligée de relâcher son bandage. Les douleurs sont devenues très fortes, Le sommeil en était empêché. La tumeur n'a pas bougé. Elle a augmenté plutôt de volume. Elle retourne encore chez elle (car il était convenu qu'on essaierait de la compression pendant 15 jours).

Au bout de 7 jours, le 13 décembre, elle rentra de nouveau et cette fois elle fut admise à l'hôpital, salle Ste-Marthe, n° 2. A la visite, M. Le Fort l'examina de nouveau. Le sein avait augmenté notablement de volume. On ne distinguait plus la tumeur primitive. Rétraction du mamelon. Pas de changement de couleur à la peau. La malade était présentée comme un insuccès de la compression, on s'attendait à une opération, quand en palpant la mamelle M. Le Fort reconnut la fluctuation, et séance tenante il mena une incision profonde dans la mamelle. Cette incision laissa couler une quantité considérable de pus, bien lié, phlegmoneux. Frappé de l'état lobulé de tout le sein, malgré l'absence de rougeur et une douleur modérée, malgré le peu de phénomènes réactionnels, M. Le Fort fut conduit à chercher la fluctuation. Il ne s'attendait pas cependant à voir apparaître une telle quantité de pus ; dans tous les cas, il ne croyait pas avoir affaire à un pus aussi phlegmoneux, à un abcès aussi récent et qui ne fut accompagné ni d'une réaction générale ni de douleurs assez fortes à la pression, ni de rougeur, ni d'aucune autre modification de la peau.

L'abcès vidé, la poche fut lavée avec une forte solution de sulfate de zinc. Tube. Pansement à l'acool camphrée. Compression à l'aide de compresses de toile.

La malade a été admirablement soulagée depuis l'ouverture de l'abcès. Elle put dormir, commença à se mieux porter.

Le surlendemain on changea le pansement. Réunion immédiate secondaire parfaite. Exeat au bout de 4 jours. Guérison. Les forces sont revenues : avec le rétablissement de la santé, elle retrouva sa gaieté, son entrain habituel. Le faciès fut modifié du tout au tout.

OBSERVATION III

(Due à l'extrême obligeance de M. Le Dentu. Inédite).

La nommée Ko..., Elisabeth, âgée de 24 ans, journalière, est entrée le 26 janvier à la salle Ste-Marguerite, n° 18, service de M. le Dr Le Dentu.

Son père et sa mère sont encore vivants et se portent bien. Les frères et sœurs sont bien portants. Elle en a perdu en bas âge. Elle ne sait de quoi ils sont morts.

Réglée à 12 ans et 1/2, l'a toujours bien été depuis. Elle eut son 1^{er} enfant à 16 1/2.

A la suite de cette couche, elle souffre pendant quelque temps dans le ventre, mais elle se remet assez vite ; 11 mois après elle eut un second enfant et le nourrissait jusqu'à 18 mois 1/2 sans aucun accident. Suites de couches bonnes. Alors que cet enfant avait 2 ans et 1/2, elle en a eu un troisième qui naît à 7 mois, qu'elle nourrit jusqu'à 3 mois. Mais elle est fatiguée et obligée d'abandonner l'allaitement. Du reste rien du côté du sein.

En septembre 1876, elle fait, sans cause appréciable, une fausse couche à 6 mois. A la suite de cette fausse couche elle eut une péritonite de laquelle elle s'est remise promptement ; 15 jours après elle pouvait se lever. Cependant elle a toujours continué à souffrir un peu dans le ventre. Elle n'a jamais souffert en urinant. Constipation habituelle.

Le 16 novembre 1877, elle accouche d'un enfant à terme. Suites de couches bonnes. Elle reste 15 jours au lit. Elle ne nourrit pas cet enfant. Il ne se passe rien d'anormal du côté des seins jusqu'au 1^{er} janvier. A cette époque elle prend froid et, dès le lendemain, elle sent de la lourdeur dans le sein gauche, avec de la douleur qui s'irradie jusque dans l'aisselle. Elle attribue absolument sa mammite au froid. Elle est très affirmative à cet égard.

Le traumatisme ne peut être invoqué, la malade affirmant n'avoir reçu aucun coup dans la région mammaire au moins dans ces derniers temps, car son mari la maltraite et elle ne fait aucune difficulté pour avouer le fait.

Sans fièvre, la douleur persiste, le sein augmente peu à peu de volume, le 15 janvier elle se présente à la consultation. On constate alors qu'il existe à la partie inférieure et externe de la glande comme un engorgement des lobes qui ne sont plus distincts, ils forment en effet tumeur. Cette tumeur occupe le tiers de la surface de la mamelle.

Elle est ferme, élastique, nullement fluctuante; elle est douloureuse à la pression non lobulée. La peau a conservé sa souplesse et sa mobilité. Le mamelon n'est pas rétracté bien que la tumeur atteigne cet organe, qu'elle ne dépasse pas vers le haut. Il n'y a rien dans l'aisselle (cataplasmes laudanisés).

La malade revient une seconde fois quelques temps après. Il n'y a rien de changé dans son état. La tuméfaction est toujours sans adhérence à la peau ni aux parties profondes.

Le 26 janvier la malade entre à l'hôpital. On retrouve toujours la même tumeur avec les mêmes caractères de fermeté qui la ferait plutôt ressembler à une tumeur fibreuse ou sarcomateuse. La tuméfaction dépasse le mamelon et occupe les $\frac{2}{3}$ de la glande. Le mamelon n'est pas rétracté.

Le sein paraît lourd, gonflé, volumineux, pendant. La peau en est lisse. Le sein gauche, au contraire, est flasque, tombant. L'exploration est très douloureuse.

Rien dans l'aisselle. Pas de symptômes généraux.

Le 28. Mêmes limites de la tumeur. En la pressant entre deux doigts que l'on rapproche, on sent avec les autres doigts appliqués sur son centre une sorte de soulèvement et même de fluctuation (cataplasmes laudanisés).

Le 30. La sensation est la même.

1^{er} février. La tumeur diminue d'étendue dans sa partie sus-mamelonnaire.

La sensation de fausse fluctuation est moins nette.

Le 3. On sent sur cette tumeur qui avait toujours été lisse jusqu'à présent, de petits grains par-ci, par-là. La sensation de soulèvement devient très obscure.

Le 7. La tumeur est de nouveau limitée à la partie externe et inférieure de la glande. Plus de fluctuation. La partie gonflée reprend à la palpation l'aspect granuleux de la glande mammaire.

Le 10. La malade sort. Il n'y a plus qu'un point d'empâtement gros comme une noix à la partie externe et inférieure de la glande, mais non tout à fait au bord. Le petit noyau n'est plus douloureux qu'à une très forte pression. *Il est lobulé, granuleux, moins dur que ne l'était la tumeur au début.*

Ces deux observations sont remarquables en ce qu'elles ont donné lieu à une discussion de diagnostic.

Aussi bien dans nos observations que dans celles consignées dans la thèse de Fau, la mammite est survenue en dehors de l'état puerpéral, à la suite d'un traumatisme (Chassaignac), du froid (Velpeau), d'une irritation locale ou sans cause connue. Les symptômes de l'affection sont les suivants : Au début, un gonflement limité qui persiste pendant quelque temps. Au bout de ce temps, qui est parfois assez long, il augmente, la glande se trouve envahie, la peau devient chaude, puis violacée, la fluctuation se manifeste. C'est la mammite à forme sup-

purée. On trouvera deux observations prises dans le service de M. Duplay (in Th. Fau, loc. cit., obs. I et II). Si l'on analyse les observations de cette forme de mammites on peut distinguer deux périodes dans le cours de la maladie. Dans une première période, de début, on voit une femme être prise en pleine santé, d'une douleur au sein. En même temps apparaît la tuméfaction. Plus ou moins bien circonscrite, cette tuméfaction forme une vraie *tumeur* dans la mamelle. C'est là un premier stade de l'affection, que nous pourrions appeler *période de tumeur*, pendant lequel si les phénomènes inflammatoires sont peu prononcés, l'erreur de diagnostic qui consiste à croire qu'on a affaire à une vraie tumeur, est possible. Au bout de quelque temps, la maladie entre insensiblement dans une nouvelle phase qu'on pourrait appeler *inflammatoire*; alors, les signes cardinaux de l'inflammation prennent une recrudescence marquée, la nature de la maladie devient manifeste. Si l'examen a lieu en ce moment, l'erreur est impossible à commettre. Aussi dans les deux observations de Duplay on ne parle pas de difficulté dans le diagnostic. Nous ne reproduirons pas ces observations. Qu'on s'y rapporte et on y verra dans l'obs. I (Th. citée) : six semaines avant que la malade fut entrée à l'hôpital, a été prise de douleurs dans le sein droit; deux jours après de gonflement et de dureté. Puis, un mois après, la fluctuation devint évidente. Dans l'obs. II (loc. cit.), il est dit que, trois semaines auparavant, la malade a éprouvé une petite douleur et s'est aperçue d'une petite tumeur du volume d'une noix située dans le segment inférieur de la glande mammaire. On

appliqué des cataplasmes. Huit jours après, la peau devient rouge. Dans notre observation (obs. II), trois semaines avant son entrée à l'hôpital, la malade sent des démangeaisons dans le sein gauche. Les douleurs surviennent assez fortes. En se palpant, elle s'aperçoit d'une grosseur, du volume d'un œuf, située dans le sein. A l'hôpital, on trouve aussi une tumeur. Au bout de sept jours, le même aspect de tumeur persiste à l'examen. Quelques jours se passent encore, les douleurs deviennent plus vives; la fluctuation assez évidente, pour nécessiter l'ouverture de l'abcès au bistouri. Dans l'obs. III, la malade prend froid le 1^{er} janvier; elle sent de la douleur au sein gauche et de la lourdeur. Le 15 janvier elle se présente à la consultation de M. Le Dentu. Ce chirurgien trouve « qu'il existe à la partie inférieure et externe de la glande comme un engorgement des lobes qui ne sont plus distincts. Ils forment tumeur. Cette tumeur occupe le tiers de la surface de la mamelle ». Le 26 janvier la malade entre à l'hôpital, « on retrouve toujours la même tumeur avec les mêmes caractères de fermeté qui la feraient plutôt ressembler à une tumeur *fibreuse* ou *sarcomateuse* ». Mais la maladie s'arrête là; le 28 janvier, on constate, il est vrai, de la fluctuation. A partir du 1^{er} février. Un mois après le début, la tumeur diminue de moitié. Elle s'arrête dans la première période; jusqu'à sa guérison, elle revêt les caractères d'une tumeur. La malade sort le 10 février, avec un petit noyau qui n'est douloureux qu'à une forte pression, qui est lobulé, granuleux mais moins dur que la tumeur au début. Nous verrons plus tard que les abcès vraiment chro-

niques, qui ont fait le plus souvent croire à l'existence d'un cancer, étaient difficiles à diagnostiquer à leur période d'état, quand le pus était collecté. Ici rien de pareil. Dès que le pus se collecte, l'erreur est dissipée. Ce n'est qu'à la première période (de tumeur) qu'on pourrait avoir des doutes pour les abcès subaigus, qui, suivant leur marche habituelle, les dissipent facilement quand survient leur période franchement inflammatoire.

Qu'on veuille bien se reporter à présent à notre obs. I, de mammite post-puerpérale et on verra combien les mammites subaiguës que nous étudions ici offrent de points de ressemblance avec celle-là. Même forme de début par la tumeur, même mode d'invasion.

La seule différence consiste en ceci : la mammite qui succède à l'allaitement a pour elle trois éléments de diagnostic qui témoignent de sa nature inflammatoire.

1) Elle survient en pleine puerpéralité, alors qu'on s'attend à l'éclosion d'un abcès.

2) Elle est aiguë. L'erreur dans son interprétation commise, serait, en tous cas, de courte durée.

3) Elle est mieux connue. Aussi a-t-elle beau commencer par une période de tumeur, il n'y a pas d'erreur de diagnostic possible.

Les mammites subaiguës surviennent, au contraire, souvent en dehors de la puerpéralité, quand on pense le moins à un abcès; — elles sont subaiguës; leur première période peut se prolonger plus longtemps, prolongeant avec elle l'erreur — elles sont moins bien connues.

La confusion de ces sortes de mammites, à leur pre-

mière période, avec une tumeur, si elle n'est pas très fréquente, cela tient à deux causes :

- 1) Elles sont relativement rares.
 - 2) Souvent on les observe à leur deuxième période, quand les phénomènes inflammatoires par leur accentuation ont dissipé tous les doutes.
-

III. — INFLAMMATIONS CHRONIQUES DE LA MAMELLE

Les inflammations chroniques de la mamelle sont beaucoup plus fréquentes.

Elles sont aussi plus intéressantes à étudier à notre point de vue.

Elles peuvent se terminer par un abcès, qui lui-même est chronique dans son évolution. L'inflammation peut s'être arrêtée dans sa marche, le pus ne se forme pas; il s'agit d'une *induration chronique*, qui peut résulter aussi d'une inflammation antérieure aiguë.

Nous aurons donc à étudier dans deux chapitres différents :

A) L'abcès chronique de la mamelle.

B) Les indurations chroniques de la mamelle, que, prenant une forme lobulée, nous avons cru pouvoir dénommer *maladie noueuse de la mamelle*.

A. — *Abcès chroniques de la mamelle.*

Les abcès chroniques de la mamelle occupent souvent le tissu cellulaire rétro-mammaire. Cependant ils peuvent se développer aussi dans l'épaisseur du sein. Velpeau (loco

citato) leur donne le nom d'abcès froids idiopathiques. On trouvera des renseignements sur ces abcès dans la thèse de Nélaton (Th. de concours, 1839. Des tumeurs de la mamelle), dans la thèse de Bérard (Diag. différ. des tumeurs de la mamelle, Th., 1842), dans les traités de pathologie, dans certaines thèses récentes (1). Ils sont, d'après Duplay (2), de deux ordres : les uns sont symptomatiques d'une lésion des côtes ou du périoste, les autres sont idiopathiques.

Abcès symptomatiques d'une lésion osseuse. — Nous n'avons pas d'observation où un abcès de cette nature eut été confondu avec une tumeur du sein. Cependant Labbé et Coyne (3) mentionnent cette possibilité et croient qu'il serait alors possible de confondre cet abcès avec une tumeur maligne.

Abcès idiopathiques. — Ce genre d'abcès a été plus souvent confondu avec les tumeurs. Dans les œuvres d'Astley Cooper (4) on trouve les deux observations suivantes :

OBSERVATION IV (449 du texte).

On m'adressa du comté du Sussex une femme qui portait au sein une tumeur dont on me pria de faire l'extirpation. Ayant

(1) Bardy. Abcès chroniques du sein, Th., Paris, 1876. — Gilles, Abcès du sein, Th., 1873. — Dubar. Tubercules de la mamelle, 1881.

(2) Duplay, path. ext., 1878.

(3) Labbé et Coyne. Tumeurs bénignes du sein.

(4) Cooper. Œuvr. chirurgic., traduction de Richelot, 1837, p. 508.

exploré le sein malade avec soin je reconnus la fluctuation dans le centre de la tumeur. Autour du point fluctuant les tissus avaient contracté un état d'induration, tandis que la partie centrale de la tumeur était douloureuse à la pression des doigts ; j'y pratiquai avec la lancette une ponction exploratrice qui donna issue à une quantité considérable de pus.

OBSERVATION V (450 du texte).

Une femme s'est présentée à la consultation de l'hôpital de Guy. Elle présentait une tumeur du sein, au centre de laquelle on apercevait la fluctuation. La tumeur existait depuis quelques mois. Une ouverture pratiquée avec la lancette donna issue à une grande quantité de pus. Je me décidai à la ponction, bien qu'il n'existât dans ce cas aucune coloration anormale de la peau du sein et bien que la tumeur eût plusieurs mois d'existence. Ce qui me fit reconnaître la présence de la collection purulente, ce fut la fluctuation ainsi que la douleur que faisait éprouver à la malade une pression trop légère pour causer de la douleur, dans le cas où le liquide accumulé aurait été de nature séreuse.

« Dans des cas semblables, continue le même auteur, après avoir commencé l'opération par l'ablation du sein, j'ai vu des chirurgiens s'apercevoir de leur méprise au flot de pus qui s'échappait à travers une ouverture faite par hasard aux parois de l'abcès dans le cours de l'opération. Celle-ci devenait alors sans objet, n'était pas continuée ; on appliquait un cataplasme et la guérison s'obtenait facilement. »

Roux, lors de la fameuse discussion à l'Académie de

médecine, provoquée par Cruveilhier, à propos des tumeurs fibreuses de la mamelle s'exprimait ainsi :

« Hélas, les embarras, les difficultés possibles dans le diagnostic des maladies du sein, des tumeurs de toute sorte, dont cet organe est si souvent le siège, ne se bornent pas à certaines formes qui appartiennent à certaines catégories. On peut les éprouver, ces embarras, ces difficultés, on peut commettre ces erreurs dans les cas qui semblent le moins s'y prêter. Quels aveux les chirurgiens n'auraient-ils pas à faire ! » Et, le premier entrant dans la voie des aveux. Roux cite le fait suivant qui malheureusement est trop sobrement raconté. « Il y a trois ou quatre ans, j'ai porté l'instrument sur une tumeur assez volumineuse du sein que je croyais être une tumeur solide et peut-être squirrheuse ; c'était un abcès *chronique enkysté* ; la paroi du kyste avait une grande épaisseur et la tumeur offrait une résistance considérable. » Il cite encore un cas où il a pris une tumeur hydatique pour une dégénérescence fongueuse. Waren de Boston, au dire de Roux, rapporte deux ou trois faits analogues (1).

Velpeau, dans son ouvrage sur les maladies du sein, aborde la question et nous donne les renseignements suivants : « J'ai vu des chirurgiens, les plus habiles de notre temps, extirper le sein qu'ils croyaient cancéreux, quoiqu'il ne s'agit en réalité que d'un large abcès chronique. J'ai su, par quelques témoins oculaires, qu'une pareille méprise avait eu lieu dans un de nos grands hôpi-

(1) Bull. Acad. médecine, t. IX, p. 39.

taux de Paris il y a quelques années seulement ». Il cite le cas de Roux, ceux de Cooper et termine en disant qu'il en connaît plusieurs autres (1).

Il donne les deux observations que voici :

OBSERVATION VI

(Obs. 54 du Traité de Velpeau.)

La femme Collier, âgée de 52 ans, lingère, habituellement bien portante, reçut en février 1823 un coup sur le sein droit. Au bout de six mois, elle remarqua dans cet endroit une bosse-lure, du volume d'une noix. Des sangsues, appliquées deux fois sur le mal, parurent faire augmenter le volume de la tumeur. Des frictions mercurielles, employées pendant quelque temps restèrent aussi sans succès. Entrée à l'hôpital de la Charité, le 8 avril 1824, cette femme avait le sein aussi volumineux que la tête d'un enfant à terme. La surface en était légèrement bosselée sans que la peau parût avoir souffert.

Il était globuleux ou légèrement pyramidal. Jamais il n'avait été le siège de douleurs vives ; plusieurs de ces bosselures, cédant sous le doigt, donnaient l'idée d'une tumeur encéphaloïde.

L'amputation de la tumeur fut décidée pour le 10. Deux incisions courbes furent amenées du devant de l'aisselle près du sternum, en circonscrivant une ellipse assez large de téguments. La tumeur était disséquée à plus de moitié lorsque le chirurgien, la saisissant des doigts, pour l'attirer à lui, et la renverser de haut en bas, en déchira le fond. On en vit alors sortir près d'un demi-litre de matière purulente, épaisse, grise ou rougeâtre, contenant un grand nombre de masses de gru-

(1) Velpeau. Traité des maladies du sein.

meaux, qu'on put prendre un instant pour de la substance encéphaloïde, mais qui n'était en réalité que du pus concret ou de la matière caséuse à des degrés variés de consistance et diversement coloré. Cet incident rendit l'opération pénible et pour la femme et pour le chirurgien. Continuant de croire à une dégénérescence on voulut enlever tous les tissus dont l'aspect parut douteux. Comme il était difficile de reconnaître la ligne de démarcation qui séparait le foyer pathologique des parties saines, comme ce foyer avait fûsé du côté de l'aisselle, il fallut aller très loin et ouvrir un certain nombre de vaisseaux assez volumineux.

Voici encore une observation de Velpeau, où il a fallu toute la patiente sagesse de ce chirurgien pour ne pas amputer un sein, qui était le siège d'un abcès chronique. L'illusion du cancer était telle, que le diagnostic exact ne fut établi qu'après une incision du foyer purulent et sa cicatrisation. La ponction exploratrice n'eût servi à rien au point de vue du diagnostic.

OBSERVATION VII

(Obs. 54 du Traité de Velpeau.)

Une femme, déjà avancée en âge, avait au sein droit une tumeur plus grosse que le poing, développée insensiblement sans cause connue et qui ressemblait tellement à une masse encéphaloïde que je suis resté longtemps dans le doute à ce sujet. Bosselée, rougeâtre, violacée, arborescente sur quelques points, siège de quelques douleurs sourdes et d'élancements, cette tumeur donnait au doigt la sensation d'une masse fongueuse plutôt que fluctuante ; cependant comme l'une de ses bosselures contenait évidemment une assez grande quantité de

liquide, je crus devoir la fendre et la vider, avant de songer à l'extirpation du mal tout entier. Le liquide qu'elle contenait était très fluide, plutôt séreux, que lactescent et crémeux; des grumeaux de matières grisâtres, de fibrine et d'albumine furent retirés en grande quantité du foyer, dont les parois étaient d'ailleurs très épaisses. Même alors, la nature du foyer parut si incertaine, que je continuai à craindre l'existence d'un kyste encéphaloïde, sans oser renoncer néanmoins à l'idée d'un abcès chronique. Après quelques jours d'hésitation, je pris le parti de mettre complètement à nu le fond du foyer par deux larges incisions et de le panser à plat. Des cataplasmes de farine de lin, ajoutés au pansement ordinaire, continués pendant trois semaines, amenèrent la détersion de toute la plaie telle que la guérison définitive parut dès lors en être possible, elle fut effectivement complète au bout de six semaines.

On rapprocha modérément les lèvres de la plaie, la fièvre traumatique et les douleurs restèrent vives pendant trois jours. La suppuration devint abondante à partir du 14 et ne commença à diminuer que le 22. Une contre-ouverture devint nécessaire en bas et en dehors à cause de la stagnation du pus. Il en fallut une seconde quelques jours plus tard et finalement la malade se trouva guérie vers le milieu de juillet, après avoir été tourmentée longtemps d'un engorgement du bras, qui ne se dissipa qu'en août.

Cette observation est remarquable, car elle montre jusqu'à quel point peut aller l'illusion. Ici ce n'est pas seulement avant l'opération que l'abcès est méconnu. Mais, pendant le cours de cette opération, sous le couteau du chirurgien et les pièces en main l'erreur persiste. Enfin elle montre combien ces sortes d'erreurs peuvent être réjudiciables aux malades.

Marjolin rapporte l'observation suivante :

OBSERVATION VIII

J'ai vu avec M. Laugier un abcès enkysté du sein qui simulait la plupart des caractères des tumeurs squirrheuses. L'ablation me parut nécessaire. Avant de la pratiquer, M. Laugier crut distinguer de la fluctuation profonde; une ponction fut faite préliminairement et la tumeur n'était effectivement qu'un abcès enkysté dont une simple incision favorisa la guérison (1).

La thèse de Nélaton ne nous donne aucune observation personnelle ayant trait à notre sujet (2).

Dans la Gazette des hôpitaux de 1842 nous trouvons l'observation suivante de Johnson.

OBSERVATION IX

Abcès profond de la mamelle simulant le symptôme
des affections cancéreuses.

Une femme se plaignait de douleurs à la mamelle gauche, croyait avoir un cancer. Plusieurs chirurgiens qui l'ont examinée lui ont dit qu'elle avait une tumeur de nature suspecte et qui pouvait acquérir un caractère sérieux. La santé générale était assez mauvaise : maigreur, aspect cachectique propre aux affections dites cancéreuses ; les règles étaient régulières. En examinant attentivement la glande on trouve qu'elle est grosse dure et noueuse ; la palpation produit peu de douleur, mais la

(1) Diction. de méd., 1838, art. Mamelle.

(2) Th. Nélaton. Abc. chroniq. mamelle, 1839.

malade se plaint de douleurs lancinantes qui passent à travers la glande; le mamelon n'est pas rétracté, on y sent une fluctuation obscure et profonde. On fait une application de sangsues et on donne quelques purgatifs. Trois semaines après la tumeur paraît augmenter légèrement; elle est plus sensible au touché. la fluctuation est plus distincte, mais toujours obscure et profonde. M. Johnson diagnostique un *abcès profond*; il plonge une aiguille à gouttière à travers le sein, puis une lancette et il donne issue à une quantité considérable de pus. L'abcès paraît formé dans le tissu cellulaire rétro-mammaire. On introduit une mèche dans la plaie. Consécutivement cette ouverture est devenue fistuleuse; elle est restée ainsi pendant plusieurs mois, mais elle a fini par s'oblitérer sous l'influence du traitement interne.

L'auteur rappelle que dans un cas pareil soigné par S. Brodie et Cooper, la nature du mal ayant été méconnue, on a amputé la mamelle.

Le rédacteur de la Gazette dans une note qui suit cette observation, dit avoir vu Dupuytren lui-même amputer un de ces abcès pour une tumeur squirrheuse quoique le siège ne fût pas très profond.

Bérard (Th., 1842), rapporte une observation où un engorgement chronique fut pris pour un cancer en masse au début.

OBSERVATION X

J'ai vu, dit Bérard avec Bataille, médecin à Versailles, une femme qui se trouvait dans les conditions d'âge, d'embonpoint propres aux personnes sur lesquelles on a observé l'invasion

d'emblée du cancer. Le sein s'était tuméfié en totalité depuis plusieurs mois et le mamelon versait une humeur lactescente d'abord, puis séro-purulente; enfin la maladie ayant paru prendre tout à coup une marche plus aiguë, la mamelle était devenue douloureuse, la peau rouge et tout faisait craindre l'ulcération prochaine de la tumeur, lorsqu'il se forma une élévation plus prononcée, plus douloureuse à quatre centimètres au-dessous du mamelon. Ce fut à cette époque que je vis la malade. Cinq mois s'étaient écoulés depuis que la mamelle avait commencé à grossir; elle avait alors à peu près le double de celle du côté opposé et offrait un empâtement considérable dans toute son étendue. La peau adhérente aux parties sous-jacentes conservait une couleur naturelle, si ce n'est au pourtour de la petite saillie dont j'ai parlé. On pouvait prendre ce mal pour un vaste squirrhe de toutes les parties constituant le sein, cependant une sorte de résistance de l'organe, une fluctuation obtenue au niveau des téguments enflammés et l'absence de déformation du mamelon nous inspirèrent quelques doutes sur la réalité de la dégénérescence. L'idée d'un engorgement chronique tendant à la suppuration, ou d'un kyste acéphalocyste se présenta à notre esprit et une ponction exploratrice fut décidée. Cette ponction faite avec la lancette donna issue à du pus séreux, louche, cailleboté. Bientôt le dégagement de la glande commença à s'opérer et aujourd'hui le sein ne présente ni plus de volume ni plus de dureté que celui du côté gauche.

Nous rapportons plus loin une observation de M. Le Dentu, extraite de l'excellente thèse de Dubar, où une mammite tuberculeuse ressemblait tellement à une tumeur de mauvaise nature que le chirurgien l'a opérée et ce n'est qu'à l'autopsie de cette mamelle que le diagnostic fut posé.

En vain avons-nous consulté les auteurs classiques

(Duplay, Nélaton, etc.) ou les traités récents de chirurgie (Poulet et Bousquet, etc.), les recueils périodiques, nous n'avons pu trouver d'autres observations analogues.

Tous cependant mentionnent ces difficultés de diagnostic (1).

Notre excellent ami et ancien collègue Chaput, professeur de la Faculté nous communique l'observation suivante :

OBSERVATION XI

Mammite chronique terminée par suppuration, ayant été prise pour une tumeur.

Dans le service de M. Duplay, où M. Chaput était interne en 1879, il a vu une femme de 60 ans, entrée dans le service au mois de février pour une maladie du sein. Le sein gauche était tuméfié, pyriforme. Sa hauteur pouvait être évaluée à 12 ou 15 centim. Sa consistance était uniformément dure. Il n'y avait pas d'œdème, pas de rougeur à la peau. La douleur existait spontanément et à la pression.

Les veines de la peau étaient dilatées. Le sein paraissait repoussé en avant. On avait fait le diagnostic de *tumeur maligne*, on voulut même l'opérer. L'opération ayant été différée, au bout de huit jours on sentit de la fluctuation à la base de la tumeur. La peau conservait toujours sa couleur normale. On fit une incision. Le pus est sorti en assez grande quantité, phlegmoneux, bien lié. Cette incision rectifia la diagnostic. Il s'agissait là d'un abcès chronique dont la cause n'a pu être élucidée.

(1) Desprès. Traité du diagn. des malad. chirurg., 1868, p. 362.

M. Brucher, notre ancien collègue et ami, nous communiqua l'observation suivante :

OBSERVATION XII

Mammite chronique, ressemblant à une tumeur.

Jeune femme, 19 ans, entrée dans le service de M. Verneuil, à la Pitié, couchée dans la salle Lisfranc, n° 2. Elle n'avait jamais accouché, n'avait jamais été enceinte.

Comme antécédents on ne note qu'une chaude-pisse.

Le sein était tuméfié, il offrait une coloration profonde et le volume d'une mandarine ; on hésita beaucoup entre un sarcome et un abcès du sein. On est allé jusqu'à lui proposer l'opération. Cependant comme il y avait des doutes à propos d'un point qui offrait de la fluctuation obscur, on fit une incision exploratrice. Le pus s'est écoulé et la femme a complètement guéri.

Dans toutes les observations que nous venons de rapporter la difficulté de diagnostic est allée tantôt jusqu'à l'opération, tantôt la fluctuation est venue corriger la première impression et rectifier le diagnostic. Dans tous les cas la discussion du diagnostic entre une tumeur et un abcès fut posée. La cause de cette difficulté réside dans la chronicité de l'abcès. Il y a absence de rougeur, de douleur, absence de phénomènes généraux, de frissons. Il n'y a que la tuméfaction qui est apparente.

« On peut observer, dit Duplay, à la région mammaire à la suite d'une inflammation chronique des collections

purulentes idiopathiques, à développement lent et insidieux accompagnées de tuméfaction indolente, sans changement de couleur à la peau dont le diagnostic est parfois entouré de difficultés. On a pu croire, dans quelques cas, à l'existence d'une tumeur maligne. Cette erreur s'expliquerait par la marche de la maladie, par l'induration de la région mammaire, l'absence et l'obscurité de la fluctuation. Ces abcès renferment parfois une énorme quantité de pus, offrant les caractères du liquide contenu dans les abcès froids (Duplay. Path. ext., p. 599).

Reprenons, à présent, ce diagnostic en détail. Nous allons passer en revue les trois signes les plus importants de ces abcès : la *douleur*, la *fluctuation* et la *tumeur*.

La douleur. — La douleur et surtout la douleur lancinante a été regardée pendant longtemps comme l'apanage du cancer. On revient aujourd'hui de cette opinion par trop exclusive ; on sait d'une manière certaine que le cancer peut exister depuis longtemps sans provoquer des douleurs ; et qu'en revanche, des maladies n'ayant aucun rapport avec les tumeurs malignes peuvent être extrêmement douloureuses, comme nous espérons le prouver un peu plus loin. Dans le cas particulier nous trouvons ce symptôme mentionné dans la plupart des observations d'abcès chroniques. Souvent les malades sont venues consulter à cause des douleurs que provoquait leur prétendue tumeur au sein. La malade de Johnson (obs. IX) est venue demander les secours de la chirurgie pour ses douleurs. Celle de Bérard (obs. X), après une période d'indolence a vu son sein gonfler, la peau rougir et des

douleurs sont survenues donner l'éveil et faire craindre un cancer prêt à s'ulcérer. Mais, la douleur *spontanée* n'a pas toujours été constatée ; souvent le sein est indolent comme les observations d'A. Cooper.

Il n'est pas mentionné dans nos observations que les malades eussent ressenti « un travail sourd, quelques battements, un peu de chaleur au début, comme le veut Velpeau (loc. cit.). Certes, si l'esprit était éveillé, si on soupçonnait une erreur possible, il eût été peut-être possible de constater que le mal a débuté par certains phénomènes inflammatoires. »

Mais il nous semble qu'il s'agit là de nuances difficilement obtenues par les malades et qu'on ne paraît pas retrouver aussi facilement dans la pratique.

Un signe, en revanche, qui trompe rarement, qui, deux fois mit Cooper dans la voie du diagnostic, sur lequel par conséquent nous devons insister davantage, c'est la *douleur à la pression*. Il est de notoriété vulgaire que tous les abcès froids sont douloureux, aussi douloureux que les abcès chauds, mais le caractère de la douleur est tout différent. Nous avons entendu M. le professeur Trélat, dans une leçon clinique, énoncer ce fait, qu'il est facile de vérifier, à savoir : les douleurs spontanées dans les abcès froids précèdent l'apparition de l'abcès et cessent dès qu'il est formé. C'est alors que la douleur à la pression peut être réveillée. Qu'on palpe un abcès froid, on le trouvera toujours douloureux vers ses limites au niveau de ce bourrelet périphérique si caractéristique. Les abcès de la mamelle (froids sous-mammaires) paraissent être régis par les mêmes lois. Ils sont douloureux à la pression.

Cette douleur, de plus, n'apparaît que lorsqu'ils sont déjà ramollis, alors qu'ils sont fluctuants.

Douleur à la pression et fluctuation (révélatrice du ramollissement) sont donc deux signes corrélatifs, contemporains aussi importants l'un que l'autre pour établir la nature de ces abcès. « Ce que me fit reconnaître la présence de la collection purulente, dit Cooper, ce fut la *fluctuation* ainsi que la *douleur* que faisait éprouver au malade une *pression* trop légère pour causer de la douleur dans le cas où le liquide accumulé aurait été de nature séreuse (A. Cooper, loc. cit.). »

Dans l'observation de Johnson, c'est au moment où la douleur devint plus sensible au toucher que la fluctuation devint aussi manifeste et engagea le chirurgien à plonger une lancette et à reconnaître la nature du mal ; tandis qu'avant que le ramollissement de l'abcès ne fût parachevé, les douleurs spontanées étaient fortes, mais la douleur à la pression était peu considérable et conséquemment la fluctuation obscure.

Cette succession dans les phénomènes pathologiques se retrouve dans presque toutes les observations des abcès chroniques de la mamelle. Voici une observation de Bardy (Th. Abcès chroniques de la mamelle, 1876), où elle est on ne peut plus manifeste.

OBSERVATION XIII

Abcès chronique post-mammaire du sein droit développé pendant la lactation (Résumée).

Femme Geb..., 26 ans, cinq enfants. Accouchée le 5 novembre. L'a sevré quelques jours avant son entrée à l'hôpital. Au mois de juillet 1875, gerçures sur le mamelon droit ; 3 semaines plus tard, il se développe sur le côté externe du sein droit une tumeur grosse comme une noix, douloureuse, roulant sous la peau. Peu à peu cette tumeur envahit la glande.

2 mois après l'apparition de la grosseur elle entre à l'hôpital (service de Dolbeau). Tuméfaction du sein droit, qui est dur, empâté. Le sein est comme refoulé en avant. Pas de tumeur limitée. Peau normale, oedémateuse. Elancements. La pression provoque des douleurs très vives. Inappétence. Soif.

Le 6 octobre, 3 mois environ depuis le début de l'affection, tuméfaction du sein, cedème de la peau plus prononcé ; la *pression*, au niveau de la partie externe et supérieure du sein provoque une *douleur* très vive, on constate une *fluctuation* profonde, obscure, en fixant d'une main le sein à sa base, tandis qu'avec les doigts de l'autre main, on refoule toute la masse de la tumeur vers la paroi thoracique. Légère coloration de la peau, frissons. Ouverture de l'abcès qui contenait beaucoup de pus.

Ainsi, tant que la *fluctuation* n'était pas manifeste, la douleur à la pression n'est pas mentionnée à l'observation ; si elle existait c'était en tout cas peu de chose ; mais dès que le pus est collecté on mentionne expressément que la pression au niveau de la partie supéro-externe du sein provoque de très vives douleurs.

On peut donc établir, à ce point de vue, deux périodes dans les abcès chroniques mammaires.

La première : avec *douleurs spontanées* accompagnées d'une *tumeur*.

Une deuxième : où les *douleurs provoquées* coexistent avec la *fluctuation*.

Ne sait-on pas que les douleurs provoquées par la pression et la fluctuation sont deux termes corrélatifs dans certaines autres collections purulentes aiguës, comme le panaris ? Et combien de fois la douleur provoquée n'a-t-elle pas indiqué la présence du pus collecté dans la pulpe d'un doigt, aussi bien et mieux peut-être que la fluctuation.

Dans le cancer, rien de pareil. Les douleurs peuvent exister ou faire défaut, et ce signe ne suivra pas dans son cours cette marche presque mathématique par rapport à la tumeur et à la fluctuation, marche que nous avons vue être l'apanage de l'abcès.

La fluctuation. — La fluctuation est regardée généralement comme un signe pathognomonique de l'abcès. Cependant, d'une part, elle peut faire défaut malgré l'existence et la collection de la matière purulente ; et d'autre part, quand elle existe, elle peut être difficile à percevoir ; enfin, perçue, sa signification séméiologique peut devenir difficile à interpréter.

Exposons ces différents points :

La fluctuation peut faire défaut malgré l'existence de la collection purulente.

Tous les auteurs qui se sont occupés des abcès froids

sont unanimes à déclarer cette particularité. Les parois de l'abcès peuvent offrir une consistance très grande, comme squirrheuse, due aux modifications de la glande mammaire qui fait office de paroi à l'abcès (Bérard, loc. cit.). On comprend aussi, comme l'explique Carpentier-Méricourt (1), comment la fluctuation sera impossible à percevoir si le pus est caché derrière la mamelle, si la collection purulente ne déborde pas la circonférence de la glande. Et cette fluctuation sera d'autant plus manifeste que le siège de l'abcès sera plus superficiel, ou qu'il s'étalera davantage en dehors de l'aire mammaire. Elle sera d'autant plus étendue que la collection purulente sera plus près de la peau, séparée par une plus petite quantité de tissu glandulaire.

La fluctuation peut être difficile à percevoir. — On ne le sent quelquefois qu'à un point circonscrit de la tumeur. C'est le seul point où la collection purulente se met en rapport direct avec le tissu cellulaire sous-cutané. Elle peut être extrêmement douteuse. C'est alors que pour l'obtenir il est d'usage de se conformer à une certaine règle indispensable quand on veut fructueusement palper la mamelle dans de pareilles conditions. Cette façon de procéder est due, si je ne me trompe, à A. Bérard. Si l'on pose les doigts à une certaine distance et qu'on essaie de se renvoyer le flot, on arrivera rarement à reconnaître la fluctuation, à moins que la collection purulente soit très abondante; ces cas ne rentrent pas dans notre cadre, car alors le diagnostic ne souffre aucune

(1) Carpentier-Méricourt. Traité des maladies du sein, 1845.

difficulté. Dans ceux où la quantité de pus est peu considérable, voici la meilleure manière de la découvrir : on embrasse le sein avec la main gauche entre le pouce et les quatre derniers doigts. La pulpe des doigts étant appliquée sur la surface de la mamelle, l'index de la main droite est enfoncé peu à peu dans le point culminant de la grosseur et cherche à imprimer un mouvement au liquide. Celui-ci alors, s'il existe, vient frapper les doigts de la main gauche et donne la sensation de la fluctuation. C'est ainsi qu'a procédé M. Le Fort, dans une de nos observations, pour constater la fluctuation obscure de l'abcès. Dolbeau, dans un cas déjà mentionné usa du même artifice pour constater une fluctuation obscure et profonde.

La signification de la fluctuation peut être difficile à interpréter. — Tout le monde sait que les cancers à une certaine période de leur évolution peuvent présenter ce signe. Les sarcomes d'un autre côté, le cysto-sarcome en particulier, peuvent être surmontés de kystes qui sont fluctuants. L'année dernière, nous observions dans le service de M. Tillaux, une malade âgée de 56 ans, couchée dans la salle Ste-Marthe. Cette femme portait au sein droit une tuméfaction dont la surface était bosselée. Ces bosselures formaient trois saillies hémisphériques au niveau desquelles la peau était rouge, luisante, prête à se rompre. A ce niveau, la palpation permettait de constater une fluctuation évidente. Ces saillies fluctuantes reposaient sur une véritable tumeur qui occupait la moitié supérieure du sein. Malgré cette fluctuation et la rougeur de la peau, l'esprit ne s'arrêtait pas un seul instant à

l'idée d'un abcès. Ce qui préservait ici de l'erreur, c'était la tumeur sur laquelle les bosselures étaient développées. C'était aussi l'absence de douleur qu'on constatait à leur niveau.

Ainsi, la fluctuation sans douleur à la pression avec tumeur viendra en aide aux autres signes pour diagnostiquer du premier coup un cysto-sarcome.

Depuis quelque temps on a l'habitude de parler d'une pseudo-fluctuation. Qu'il nous soit permis de faire cette remarque, à savoir que la fluctuation est une; qu'il n'existe pas; qu'il ne peut exister de fausse fluctuation.

Qu'elle soit produite par la graisse, le pus, le sang, la sérosité ou un cancer ramolli ou par des fongosités, c'est toujours la fluctuation qu'on constate. Je crois donc que la tendance de vouloir faire de ce mot le synonyme de collection purulente, est une idée erronée et qui, sous prétexte de mieux préciser les sensations, ne fait qu'embrouiller les faits et pourrait occasionner des erreurs ou des difficultés dans le diagnostic.

Cela étant admis, il n'est que juste de dire que la fluctuation dûment constatée apporte un appoint sérieux au diagnostic, pourvu que d'autres éléments de celui-ci viennent en aide pour préciser son interprétation. Je ne veux invoquer pour preuve que l'observation suivante, où Velpeau, malgré l'absence de rougeur, d'empâtement et de douleur, sur la seule constatation de ce signe, n'hésite pas, d'ouvrir un abcès survenu, il est vrai, chez une femme en état de grossesse.

OBSERVATION XIV

(Obs. 56 de Velpeau, loc. citato.)

Abcès chronique du sein, développé pendant la grossesse. Incision.

Femme âgée de 26 ans, avait offert quelques phénomènes inflammatoires du sein gauche dès le second mois de la grossesse. La douleur, les accidents généraux étaient restés obscurs, la malade ne s'en était pas occupé. Son sein avait triplé de volume et elle se trouvait au neuvième mois de la grossesse. L'absence de rougeur, d'empâtements, de douleur ne m'empêcha pas de croire à une suppuration sourde et profonde, indiquée au surplus par une fluctuation évidente. L'abcès fendu, contenait un litre de pus.

La *tumeur* est un signe qui fait souvent commettre l'erreur. C'est parce qu'il y a tumeur qu'on est exposé de confondre les abcès froids avec les néoplasmes. Quand il s'agit d'un véritable abcès froid de la mamelle, dans le sens moderne du mot, c'est-à-dire d'un abcès tuberculeux, cette méprise n'offre en réalité rien de bien surprenant. Nous savons aujourd'hui que l'étude de ces abcès est avancée, qu'ils commencent partout par être un véritable néoplasme tuberculeux qui se ramollit consécutivement. Rien d'étonnant dès lors que le début de l'affection soit marqué par une véritable tumeur. Dans ces deux observations de la thèse de M. Dubar (Tuberculose de la mamelle, loc. cit.) le début de la tumeur a été assez prononcé pour soulever des difficultés et une discussion sur la véritable nature de l'affection. L'observation II surtout, due

à M. Le Dentu est remarquable à notre point de vue, car elle démontre que l'affection tuberculeuse de la mamelle peut être difficile à reconnaître, non seulement à son début mais même quand l'abcès a été vidé et qu'il persiste des trajets fistuleux.

OBSERVATION XV

Th. de M. Dubar, extraite de la Revue de chirurgie (Résumée).

Gigou, Perrie, âgée de 23 ans, entrée le 14 juin 1880, hôpital St-Louis.

Manifestations strumeuses à son enfance ; à 12 ans adénite suppurée de l'aisselle gauche qui persiste pendant 2 ans environ ; à 17 ans établissement de la menstruation.

A 21 ans, nouvelle adénite suppurée de l'aisselle gauche, fistule persistant quatre mois. Peu de temps après accouchement normal.

Dix mois après avoir sevré son enfant, apparition d'une petite grosseur à la partie externe et supérieure de la mamelle gauche. Elle a le volume d'une amande ; elle provoque quelques picotements. La malade entre à l'hôpital le 15 février 1879. La mamelle gauche a doublé de volume. Peau normale ; tumeur de forme ovoïde, de la grosseur d'un œuf de poule occupant le segment supéro-externe de la glande, hérissée de petites saillies granuleuses, rénitente, fluctuante d'une façon obscure. Pas de douleurs.

M. Le Dentu après avoir fait quelques réserves motivées par le manque de souplesse de la peau au niveau du sein et par une rétraction légère au niveau du mamelon, considérant que cette femme est manifestement scrofuleuse, qu'à deux reprises différentes elle a présenté des abcès strumeux, que d'autre part

elle est bien certainement indemne de syphilis, conclut à l'existence d'un abcès froid de la mamelle. Ponction. Incision. Drainage.

Au mois de mai, nouvelle grossesse accompagnée de douleurs et de gonflement du sein gauche qui aboutissent à la rupture de la cicatrice du sein gauche et à l'établissement d'un trajet fistuleux.

Accouchement au mois de novembre.

Le 14 février 1880, la malade entre de nouveau à l'hôpital.

Mamelle gauche doublée de volume. Mamelon rétracté. Trois orifices fistuleux.

Peau épaissie d'autant plus qu'on se rapproche du mamelon, adhérente à la moitié externe du sein. Sein mobile sur les parties profondes. En cherchant par la palpation à reconnaître l'état de la glande, on sent des nodosités à certains points; ailleurs des noyaux disséminés et plus petits. Pas de douleurs à la pression.

M. le Dr Le Dentu insiste sur la difficulté de diagnostic. Si en effet les antécédents de la malade, l'existence d'un abcès froid antérieur, les suppurations ganglionnaires de l'aisselle sont en faveur d'une mammite scrofuleuse chronique, l'enfoncement du mamelon, l'épaississement et l'adhérence de la peau en certains points, la présence de nodosités dures de la glande, peuvent faire songer à un néoplasme de nature maligne. M. Le Dentu pense que dans l'une ou l'autre hypothèse il est indiqué de débarrasser la malade de sa tumeur. S'il s'agit en effet d'une mammite scrofuleuse chronique, des abcès à marche lente vont se produire dans le sein, s'ouvrir, rester fistuleux et donner lieu à une suppuration d'une durée illimitée. A-t-on affaire au contraire à une tumeur maligne, l'amputation du sein et l'extirpation des ganglions axillaires faites à temps est la seule chance de guérison.

En citant cette observation, ainsi que la I^{re} de la même thèse où M. Gosselin a pendant quelque temps, hésité

sur la véritable nature de l'affection, nous ne voulons pas dire que tous les abcès chroniques que nous étudions et qui ont donné lieu à des méprises diagnostiques, soient tous des abcès tuberculeux. Les observations d'abcès chroniques de la mamelle que nous relatons n'ont pas pour elles la confirmation microscopique, qui seule serait capable de décider de leur véritable nature. Mais nous croyons que beaucoup d'entre elles, sinon toutes, ne se rapportent pas au tubercule et nous basons notre opinion sur la guérison rapide. Nous ne sommes pas encore autorisés, d'effacer les abcès froids idiopathiques du cadre nosologique et d'englober tous ces cas dans la tuberculose. En effet, il existe un abcès idiopathique froid, qui ne diffère des autres abcès que par la lenteur et l'indolence de son évolution. En tout cas, ce n'est là qu'une question incidente pour notre sujet. Qu'ils soient tuberculeux ou non, les abcès froids de la mamelle peuvent ressembler, par leur évolution à un véritable cancer de la glande.

L'abcès siégeant souvent avons-nous dit, dans le tissu cellulaire rétro-mammaire, on s'attendrait peut-être à voir la tuméfaction cantonnée, au moins au début, derrière la glande, qui conserverait alors ses caractères normaux. Nos observations ne sont pas assez explicites à cet égard ; si dans certains cas la tumeur a revêtu au début une semblable forme, dans la plupart, on parle d'une tumeur qui avait envahi toute la glande. Il faut croire que l'inflammation se propage alors rapidement dans le tissu cellulaire intra-glandulaire, ce qui donne l'aspect particulier à la tumeur. On peut prendre alors ce mal comme un vaste squirrhe de toutes les parties cons-

tituantes du sein, comme il est dit dans une de nos observations.

Dans tous les cas, la tumeur est mal limitée et c'est sur une grande partie de son étendue qu'elle est comme empâtée et comme lardacée (Velpeau, loc. cit.).

Souvent elle est bosselée. On la dit « grosse, dure et noueuse » dans l'obs. de Johnson; bosselée, rougeâtre, violacée de l'obs. 57 de Velpeau.

Quant à la consistance, sauf la fluctuation sur laquelle nous venons d'insister, il faut remarquer qu'à aucune période de la maladie, elle ne devient aussi dure, aussi ligneuse, aussi semblable à la consistance du cancer.

Il résulte de ce que nous venons de dire que presque toujours, dans ces cas, on a cru avoir affaire non à la forme limitée mais à la forme diffuse du cancer. Comment se défendre d'une pareille idée en présence d'une tumeur qui a pris tout son développement en un temps relativement peu considérable, qui, rapidement, est arrivée à s'approprier toute la glande mammaire.

Voyons si cette idée du cancer en masse se trouve corroborée par les rapports que la tumeur affecte avec les parties avoisinantes :

La peau, est souvent indemne, en ce sens qu'elle a été rarement notée rouge. Cependant dans une de nos observations un lobule de la tumeur s'est soulevé et a rougi (obs. de Bérard), dans une autre de Velpeau (obs. 57) elle est notée violacée. Dans presque toutes, la peau a perdu sa souplesse et son élasticité normales. Velpeau dit bien que la tumeur est moins intimement confondue avec la peau que dans le cancer, qu'elle reste d'un gris sale.

Mais il s'agit là de nuances. Cependant, il faut bien le dire, l'aspect de « peau d'orange » ne se trouve pas mentionné dans nos observations d'abcès chroniques. Son absence pourrait être d'un certain secours dans la discussion d'un diagnostic difficile.

On ne trouve pas souvent noté dans les observations que la tuméfaction eût contracté quelques adhérences au grand pectoral, nous croyons cependant cette adhérence possible. Le siège de l'abcès donne à le supposer.

Les ganglions sont souvent engorgés, enflammés. On sait combien il est difficile même dans le cancer avéré de discerner la part qui revient à l'inflammation de celle qui est attribuable à la dégénérescence dans les intumescences ganglionnaires. Quant au *mamelon*, il est rarement sinon jamais véritablement rétracté. Il est plutôt étalé, comme dans le sarcome, rarement rétracté à la manière du carcinome.

Nous ne voulons pas insister longtemps sur *l'état général* ; nous en avons antérieurement dit deux mots. Il suffit de parcourir rapidement les observations pour voir comment cet état général a pu souvent induire en erreur. Il a toujours été trouvé mauvais.

Quant aux conditions *d'âge, de constitution, d'embonpoint* qu'il nous suffise de rappeler l'observation de Bérard où la malade se trouvait dans toutes les conditions requises pour l'éclosion d'un cancer. Il n'y a qu'un commémoratif qui rentre dans cet ordre, qui peut rendre de réels services, et qu'on ne doit jamais négliger, c'est *l'hérédité*. Toutes choses égales d'ailleurs, une tumeur doit être considérée plutôt comme cancéreuse chez une

femme dont les parents ont eu à souffrir du cancer. Il est évident aussi que *la marche* sera d'un secours précieux pour le diagnostic. Il y a peu d'observations dans lesquelles l'erreur de diagnostic est arrivée jusqu'au bout, c'est-à-dire jusqu'à l'opération; nous ne voyons guère que celles de Velpeau et une autre qu'on attribue à Dupuytren. Il est vrai que l'erreur poussée jusque-là, souvent n'est pas jugée digne des honneurs de la publicité. Mais, il est un fait indéniable, c'est que l'erreur a aussi souvent pu être évitée, et cela, grâce à l'évolution de la maladie qui perdait peu à peu ses caractères néoplasiques, s'il est permis de s'exprimer ainsi et revêtait ceux de l'abcès. Dans d'autres cas, c'est après l'ouverture de l'abcès (obs. 57 de Velpeau), l'autopsie elle-même du foyer purulent qui n'a pas été suffisante pour dissiper les doutes; il a fallu mettre à nu le fond du foyer, le panser à plat. La guérison complète, arrivée au bout de six semaines de pansements, vint caractériser la nature de la maladie.

La distinction des abcès chroniques avec la tumeur se base donc sur trois ordres de considérations qui sont tirées:

- 1) Des symptômes de ces affections.
- 2) De leur marche.
- 3) Enfin, du traitement lui-même (ponction, incision exploratrice, pansements à plat).

Nous pouvons dès à présent poser les conclusions suivantes :

- 1° Les abcès de la mamelle peuvent être confondus et l'ont été avec les tumeurs de la glande;
- 2° Les abcès de la mamelle sujets à ce genre d'erreur sont par ordre de fréquence :

a. Les abcès chroniques sous-mammaires.

b. Les abcès subaigus glandulaires.

c. Les abcès aigus glandulaires.

3° Les abcès sous-mammaires donnent le change à toutes les périodes de leur évolution.

4° Les abcès subaigus souvent à leur début, et à leur déclin.

5° Les abcès aigus, rarement à leur début, quelquefois à leur déclin.

Le genre de tumeur avec lequel on a confondu l'abcès a presque toujours été le *cancer*.

5° Le meilleur moyen d'éviter l'erreur, c'est la connaissance de faits semblables, les commémoratifs, la fluctuation, la douleur provoquée.

Dans les cas douteux, la ponction exploratrice.

INDURATIONS CHRONIQUES

Maladie noueuse de la mamelle.

Nous avons vu qu'un abcès aigu de la mamelle peut se terminer par induration. Cette induration est presque la règle à la guérison d'un abcès.

Parfois, elle peut revêtir les caractères du cancer. Elle survient, en tous cas, immédiatement après que la poche a été vidée, persiste pendant un certain temps et disparaît. C'est, pour ainsi dire, une induration immédiate. Toute autre est l'induration que nous nous proposons d'étudier ici. Contrairement à la première, qui ne survient qu'à l'ouverture d'un abcès, elle peut arriver spontanément. D'autres fois elle succède, mais à plusieurs années de distance, à l'ouverture d'un foyer purulent. Elle se présente sous un aspect tellement identique, sous une forme tellement semblable à elle-même, qu'elle mérite une description à part.

I. — *Historique.*

A. Cooper, le premier, l'a décrite sous le nom de *tumeur mammaire chronique* ; nul doute que ce grand observateur n'ait vu et bien observé cette maladie de la

mamelle. Il a même été au-devant de découvertes futures et, par un trait que seul donne le génie, il a deviné les rapports si étroits qui lient cette maladie aux tumeurs fibreuses ou adénoïdes du sein. Il a confondu sa description dans celle de ces tumeurs (1).

L'œuvre que Cooper poursuivait en Angleterre, Velpeau, vers la même époque la menait en France avec une grande activité. C'est grâce aux travaux de ces auteurs que la division des maladies du sein en tumeurs bénignes et malignes fut établie (2).

Les travaux de Cooper et ceux de Velpeau étaient parfaits. Ils reposent sur une base exclusivement clinique et les cliniciens modernes furent souvent obligés de les prendre pour guides.

Bientôt, les observateurs font intervenir le microscope dans l'étude de ces affections. De là datent les travaux de Lebert (3), de Broca, Verneuil, Follin (4).

P. Broca (art. Adénome, Dict. encycl.) voulut faire œuvre de généralisation, et, sous le nom d'adénome, il confondit les choses les plus disparates.

On s'est aperçu de cette dissemblance, à mesure que les recherches micrographiques devenaient plus complètes. Avec la période histologique moderne (5) on arrive à une interprétation plus exacte des faits. On

(1) Cooper. Trad. de Chassaignac et Richelot, 1837.

(2) Velpeau. Dict. méd., 1838, article Mamelle. Revue médico-chirurgicale, 1851. — Maladies du sein (Traité).

(3) Bull. Soc. anatom. Broca. Traité des tumeurs. article Adénome.

(4) Lebert. Phys. path., 1845. — Journal de Zurich, 1846. — Traité des maladies cancéreuses, 1851.

(5) Billroth, Ranvier, Virchow, thèse de Wyss (Zurich, 1871).

reconnait que dans le groupe des *adénoïdes* de Velpeau ou dans la *tumeur chronique* de Cooper, il entrait une masse de tumeurs différentes. ■ ■ ■

Voici comment s'expriment Cornil et Ranvier à ce sujet (Cornil et Ranvier, t. I, p. 338) : « Pour Broca, tout ce que Cruveilhier appelait corps fibreux, tout ce que Velpeau nommait tumeurs adénoïdes rentre dans les adénomes. Or, la vérité n'est pas aussi simple. Nous avons bien souvent examiné des tumeurs diagnostiquées adénoïdes par Velpeau, et nous y avons trouvé tantôt du fibrome du sein en masse ou papillaire, tantôt du sarcome en masse ou papillaire, tantôt, enfin, des adénomes vrais ; ces derniers en minorité infime ».

Ainsi, il est aujourd'hui reconnu que dans les tumeurs bénignes du sein les *adénoïdes* de Velpeau, il rentre toutes sortes de tumeurs, dont quelques-unes peuvent devenir, à un certain moment, menaçantes pour l'existence (1).

L'historique de l'*induration chronique* se confond, pour ainsi dire, avec l'histoire des adénomes. Le premier qui les décrit, Cooper, confond leur description. Velpeau les sépare et décrit dans son article *Mamelle l'induration fibro-cellulaire* (art. *Mamelle*). Il n'entend sous le nom d'adénoïdes que des tumeurs bien limitées, « se comportant au milieu des tissus à la manière des

(1) Monod, dans un travail récent (tumeurs non carcinomateuses du sein, Arch. gén. de méd., 1875, t. 25.), arrive aux mêmes conclusions. Il exprime la même idée, en disant qu'il faut rechercher les caractères distinctifs de ces tumeurs dans le stroma intermédiaire aux tissus et aux conduits excréteurs dilatés. Et malgré la thèse de Cadiat (An. de la Mamelle, 1875), ces idées sont généralement admises.

corps étrangers ». Toutes celles qui avaient un pédicule les rattachant à la glande, étaient exclues de la description de Velpeau. Aussi, nous ne sommes nullement étonnés de le voir décrire, quelques pages plus loin, sous le nom d'*hypertrophie fibro-cellulaire*, l'induration chronique de la mamelle. « Il n'y a pas de praticien, dit-il, qui n'ait eu l'occasion de voir le sein rester dur, bosselé, rénitent, conserver un excès de volume non douteux chez les femmes qui ont été affectées préalablement d'inflammation, d'abcès soit aigu, soit chronique de la mamelle. » Broca, dans son *Traité des tumeurs* (t. II, p. 422), considère cette dichotomie comme une *imperfection* dans l'œuvre de Velpeau. « Ce qu'il y a de plus significatif, dit-il, c'est que dans ce même article Mamelle, où il décrit les tumeurs mammaires chroniques, l'auteur consacra un paragraphe à la tumeur mammaire chronique d'A. Cooper, en le désignant *hypertrophie fibro-cellulaire* sans soupçonner qu'il y ait la moindre analogie entre ces deux espèces de tumeurs. » D'abord, Velpeau a su bien voir clair dans la *tumeur mammaire chronique* d'A. Cooper, et, en réalité, il admet que la maladie de l'auteur anglais rentre, en *partie*, dans son hypertrophie fibro-cellulaire. Mais ce qu'il y a de très remarquable à constater, ce que P. Broca lui-même, malgré la généralisation à laquelle il veut soumettre toutes les tumeurs, tombe dans l'imperfection qu'il reproche à Velpeau. Quelques pages plus loin (p. 459), il établit un diagnostic différentiel entre les adénomes et les *indurations chroniques inflammatoires*. Cela prouve que les indurations chroniques existent, que, malgré les efforts qu'on a tentés de

les supprimer du cadre nosologique et les englober dans les adénomes, l'observation clinique n'a pas permis de les passer complètement sous silence.

Loin de nous l'idée de penser que leur nature soit absolument différente de celle des fibromes, puisque nous tâcherons, au contraire, de montrer les grandes affinités qui lient les deux affections. Mais il n'est pas moins certain qu'en clinique il existe un type d'induration chronique qui peut être facilement diagnostiqué, non seulement d'avec les tumeurs malignes, mais encore d'avec les tumeurs bénignes.

Depuis longtemps, l'attention n'est plus attirée de ce côté, dans la plupart des traités, l'histoire de l'*induration chronique* se confond avec celle des tumeurs bénignes du sein.

Pour nous résumer, nous pouvons distinguer dans l'historique de cette question quatre grandes périodes.

La première, à laquelle se trouvent mêlés les noms d'A. Cooper, de Velpeau, de Cruveilhier, est presque exclusivement clinique. Le microscope, en tous cas, n'a rien dit sur la question.

C'est de par la clinique que les affections de la mamelle sont séparées en deux grandes classes : les tumeurs bénignes (dont Cooper reconnaît deux types : la tumeur mammaire et la maladie kystique), et les tumeurs malignes.

Avec Lebert et ses élèves, le microscope suit la clinique dans cette voie ; il va même plus loin, et sous le nom d'adénoïde (Velpéau), d'adénome (Broca), englobe en une seule et même classe toutes les tumeurs bénignes du sein.

Une troisième période microscopique est inaugurée avec les travaux de Billroth et surtout avec ceux de Ranvier, de Virchow, pendant laquelle ces auteurs puisent largement dans la division trop vaste de leurs prédécesseurs ; dans la classe de la tumeur mammaire ou de l'adénome, ils reconnaissent le fibrome, l'adénome, le myxome, le sarcome.

A cette deuxième période microscopique, la clinique emboîte le pas. Elle essaie de suivre sur le vivant le diagnostic anatomique posé par les histologistes. C'est la tendance clinique contemporaine. Nous croyons suivre cette œuvre de triage en nous efforçant d'assigner une place à la maladie noueuse de la mamelle, confondue avec tout le reste, dans la *tumeur chronique* d'A. Cooper.

Justification du mot Synonymie.

Pour qui connaît l'histoire, les différentes dénominations de la maladie ne paraîtront plus inexplicables. Tumeur mammaire chronique (A. Cooper), hypertrophie fibro-cellulaire (Velpeau), hypertrophie partielle (Lebret, Birkett), indurations chroniques (Velpeau, Cornil et Ranvier), fibrome (Virchow), mammite chronique, mammite parenchymateuse chronique (Duplay), cirrhose de la mamelle (Vernher), tels sont les noms sous lesquels elle a été, tour à tour, qualifiée sous l'influence dominante du moment.

Pourquoi proposons-nous le nom de *maladie noueuse* ? Nous nous fondons pour donner cette dénomination sur

un caractère constant dans la forme typique de la maladie ; nous voulons parler des nodosités qu'on sent dans l'épaisseur de la mamelle, *nodulaire*, la maladie aurait été mieux désignée. Mais Cooper ayant déjà proposé le mot pour désigner sa *tumeur mammaire*, nous l'avons rejeté pour éviter les confusions. La dénomination de tumeur mammaire chronique étant la plus ancienne, elle devait primer toute les autres. Nous n'en voulons pas pour les raisons suivantes : La maladie que nous étudions n'est pas formée par une tumeur, mais par plusieurs, si on entend par tumeur toute espèce de proéminence. Si l'on veut donner un sens plus exact aux expressions, le mot tumeur nous paraît mauvais pour désigner une maladie dont la nature est reconnue inflammatoire.

Dans ces conditions, le mot *mammite* paraît remplir admirablement le but ; mais il eut fallu le faire suivre d'un adjectif pour spécifier le genre de mammite. On n'a rien trouvé de mieux que l'adjectif *interstitiel* ; on a dit *mammite interstitielle*, appellation défectueuse, à notre sens, car elle s'oppose à la *mammite parenchymateuse* ; or, nous ne sommes pas bien sûr que l'épithélium de la glande ne prend jamais part à l'affection. L'exemple des néphrites qu'on a séparées en interstitielles et parenchymateuses, et les discussions qu'une telle division a suscitées, n'est déjà pas si encourageant pour qu'il faille la renouveler à propos des mammites.

Voici d'abord des observations inédites de la forme typique de la maladie :

OBSERVATION XVI. (Personnelle)

Clinique de M. le professeur U. Trélat.

Maladie noueuse de la mamelle.

M^{me} Chevil..., âgée de 47 ans, concierge, s'est présentée à la consultation de la Charité. C'est une femme, qui, sauf quelques douleurs articulaires qu'elle ressent de temps en temps n'a jamais fait de maladie grave. Rien à noter non plus du côté de ses antécédents héréditaires ; son père est mort d'un chaud et froid, sa mère vit encore ; elle a eu plusieurs enfants. Mariée à 19 ans, elle eut son premier enfant un an après. Depuis, elle a fait 8 couches qui se sont toujours bien passées. A la suite d'une d'elles, M^{me} Ch... a eu un abcès au sein gauche, pour lequel elle est restée cinq semaines au lit. Il fut traité par des cataplasmes, s'est ouvert spontanément et laisse aujourd'hui des traces insignifiantes mais perceptibles. Malgré cet abcès, elle a continué à donner le sein. Elle a ainsi allaité tous ses enfants.

Menstruation régulière.

Début. — Il remonte à 4 ans ; la maladie a débuté par le sein gauche ; c'est par hasard que la malade s'est aperçue un jour que ce sein était anormal. Il était, suivant sa propre expression, « grumelotté ». Il était le siège d'un gonflement modéré, mais il n'était douloureux ni spontanément ni à la pression. Un médecin fut appelé ; il ordonna des cataplasmes de feuille de ciguë. L'ordonnance fut exécutée à la lettre. Circonstance particulière et digne d'être notée ; au bout d'un mois le gonflement a disparu, l'état granuleux s'est dissipé et s'est complète-

ment dissous, nous dit la malade. Trois ans et demi environ se passent ainsi, les seins ne donnent aucune espèce d'inquiétude. Il y a six mois environ, la malade s'aperçoit que le sein gauche (le même) regrossit, en le palpant, elle sent près du mamelon comme une boule, cette boule est mobile, grosse des dimensions d'une noisette. Elle acquiert un volume considérable en peu de temps, la malade, inquiète, palpe souvent et examine ses seins ; elle ne tarde pas alors à s'apercevoir que le *sein droit* (celui du côté opposé) présente aussi quelques petites nodosités.

Au mois de mars 1886, elle va voir M. Trélat qui trouve une tumeur mobile du côté gauche, quelques nodosités du côté droit. Il donne une pommade avec vaseline, 50 gr., extrait de ciguë, 5 gr., extrait de thébaïque, 2 gr., et lui recommande de retourner le voir.

Depuis le mois de mars, la malade retourne trois fois à la Charité. L'état de ses seins était stationnaire. Cependant, elle est émotionnable ; la visite du médecin l'effraie ; elle affirme qu'après chaque exploration, les seins deviennent plus douloureux. C'est la troisième fois que nous avons l'occasion de la voir à la consultation de M. le professeur Trélat. Nous trouvons aussi une tumeur mobile du côté gauche ; quelques petits ganglions dans l'aisselle de ce côté. Un état nouveau des deux mamelles. Au bout d'un mois, le 5 juin, nous retournons la voir chez elle, et là nous pouvons l'examiner à l'aise :

C'est une femme assez maigre, bien portante habituellement. Elle a un peu maigri dans ces derniers temps, à cause de malheurs de famille. Ses seins sont peu volumineux, flasques, pendants ; la peau est ridée, surabondante. Les mamelons sont bien conformés, l'aréole est rosée, assez large. A la vue, on ne constate que quelques veinosités du côté gauche. La mamelle de ce côté, paraît plus proéminente. Nous recherchons la tumeur. Nous la trouvons à gauche, sous le mamelon qui est légèrement repoussé en avant ; elle est superficiellement située, séparée de la peau par un peu de tissu cellulaire. Nous explorons d'avant

en arrière. Cette tumeur a le volume d'une grosse noisette, plus longue que large. Sa surface est légèrement bosselée. On dirait que deux ou trois boules se sont réunies pour la former. Ses limites sont nettes. Son caractère le plus saillant, est la mobilité ; on la fait glisser, de haut en bas, on lui fait parcourir toute l'aire mammaire, sans douleur pour la malade ; elle offre une certaine rénitence et un certain degré d'élasticité ; une pression un peu forte détermine une légère douleur. La palpation produit un endolorissement de la région qui persiste pendant quelques jours.

Immédiatement au-dessus du mamelon, il existe une grande quantité de petites bosselures. Leur consistance est à peu de chose près celle de la tumeur principale. Elles ne sont séparées les unes des autres que par de petits intervalles. Leur situation paraît superficielle. Leur volume est celui de tout petits pois dont la glande serait infiltrée. Ces constatations ont lieu en explorant d'avant en arrière. Si l'on prend la glande entre deux doigts dans le sens latéral, on constate que toutes ces bosselures font partie intégrante de la glande mammaire qui est, on peut dire, comme sclérosée, surtout dans son tiers supérieur.

Dans l'aisselle, du même côté, on trouve deux ou trois petits ganglions, situés à la paroi interne du creux axillaire, mobiles, peu douloureux, roulant sous le doigt. Ils ont beaucoup diminué de volume, depuis la première exploration à laquelle la malade fut soumise.

Le sein droit est le siège d'une altération analogue, mais moins prononcée. De ce côté, on ne trouve pas une tumeur indépendante, mais au-dessus du mamelon, dans le segment supérieur du sein, il existe une plaque qui occupe tout ce segment du sein. On peut la figurer schématiquement sous la forme d'une bandelette longitudinale, large de deux travers de doigt. Cette plaque n'est pas visible, mais elle est facilement sentie à la palpation. Cette plaque, disposée en bandelette, est le siège d'une série de tuméfactions. Ces dernières sont disposées sur

la bandelette en double rangée longitudinale et symétrique. La bandelette serait donc formée de deux séries parallèles de nodosités. Entre les deux rangées, il existe un sillon longitudinal qui les sépare. Chaque série est formée de 3, 4 ou 5 bosselures, toutes à peu près égales en volume, uniformes comme consistance et séparées les unes des autres, dans chaque série, par de petits sillons transversaux. Par ses bords la bandelette décrite meurt dans l'épaisseur de la glande, dont elle fait manifestement partie. Saisie entre deux doigts, elle peut être soulevée, on peut ainsi toucher sa face postérieure. Elle paraît alors plus dure. Le segment inférieur de la mamelle de ce côté paraît presque sain. Il y a cependant quelques petits nodules disséminés, perceptibles dans l'exploration d'avant en arrière. On dirait des têtes d'épingles, piquées sur une pelote, qu'on sentirait à travers un linge.

L'aisselle droite ne présente qu'un seul ganglion. Il est situé tout en haut du creux axillaire, il est peu douloureux et peu mobile.

Il n'y a pas de douleurs spontanées.

Enfin, constatation importante, qu'il ne faut pas perdre de vue : les mamelles ont beaucoup diminué de volume depuis bientôt un mois. C'est un fait sur lequel la malade insiste et que nous avons pu vérifier, puisque nous l'avons explorée deux fois.

En dehors de cette affection, M^{me} Ch... mange, dort et se porte bien.

OBSERVATION XVII

(Personnelle inédite)

La nommée Cast..., Octavie, âgée de 33 ans, brodeuse, entre le 24 septembre 1885, salle Ste-Marthe, n° 14, service de M. le Dr Tillaux.

Son père est mort d'une fièvre typhoïde, sa mère d'une maladie aiguë.

Elle-même n'a jamais fait de maladie grave.

Réglée à 11 ans facilement, elle a continué à voir bien ses règles depuis.

Elle a accouché à l'âge de 20 ans, pour la première fois. L'accouchement a été laborieux. Il a nécessité l'administration du seigle ergoté. Son enfant est mort à l'âge de 2 ans du croup.

A la suite de cette couche, elle a eu des gerçures aux deux seins. Elle a continué à allaiter, et quelques jours après elle eut des abcès aux deux seins. Ces abcès furent ouverts par un médecin. Aujourd'hui on en voit les traces, mais elles sont difficiles à retrouver.

M^{me} C... est nerveuse, mais elle n'a jamais eu d'attaques.

Le début de l'affection actuelle remonte, d'après elle à 18 mois. C'est seulement à cette époque qu'elle s'aperçoit d'une grosseur à droite de la mamelle. Elle va consulter un médecin qui lui donne une pommade.

Les grosseurs ont l'air de diminuer. Elle ne souffre pas. Elle a un peu maigri, elle est très effrayée et souvent elle refuse de manger, de peur d'avoir un cancer.

Etat actuel. — Elle est bien portante.

Les seins sont petits. Les mamelons bien développés. Rien à la vue, sauf quelques veinosités.

Le *sein droit* présente à l'exploration d'avant arrière quelques nodosités disséminées, à deux travers de doigt, et en dehors du mamelon une nodosité, bien limitée formant tumeur. Elle est grosse comme une noix, mobile sous la peau, et sur les parties profondes. Sa forme est circulaire, presque hémisphérique; elle est mobile, on peut la renverser de haut en bas de façon à toucher sa face postérieure. Elle est inégale à sa surface sillonnée de dépressions, que séparent de petites saillies. Sa consistance est moyenne, elle est plutôt rénitente. En la saisissant avec les doigts pour la renverser de haut en bas, on sent un petit cordon qui rattache cette nodosité au reste de la

glande. Elle paraît donc se continuer avec la mamelle par sa demi-circonférence inférieure.

La glande elle-même est noueuse, dure, inégale dans tout son segment supéro-externe. Le segment inférieur est souple, indemne de toute nodosité.

Au sein gauche, on trouve dans le segment supérieur et externe à un travers de doigt du mamelon une nodosité plus petite que celle du côté opposé ; elle diffère de cette dernière par sa consistance plus dure, par sa situation plus profonde, en pleine mamelle, par sa moindre mobilité. On ne sent cette nodosité qu'en explorant la glande d'avant en arrière. En saisissant la glande entre deux doigts on la trouve parsemée de petites nodules dont la consistance est plus dure que celle de la tumeur principale.

Il existe quelques petits ganglions de l'aisselle.

La malade fut soumise au repos. Les nodosités paraissent diminuer. Elle est sortie un mois après avec une diminution de volume du sein, sans aucun autre traitement.

OBSERVATION XVIII

(Observation due à l'extrême obligeance de M. le Dr Le Dentu, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis).

Mammite chronique. — Sous forme de deux tumeurs ; l'une a disparu au bout de 15 jours ; l'autre a diminué de moitié sous l'influence du traitement médical.

La nommée B... Eléonore, âgée de 54 ans, va à la consultation de M. le Dr Le Dentu.

C'est une femme bien portante, qui a eu 3 enfants ; à sa première couche (il y a 35 ans), elle a eu des abcès dans les seins, qui se sont spontanément ouverts à plusieurs points, invisibles

actuellement. A la suite de ces abcès il n'est resté aucune induration à la mamelle. Dans les deux autres couches, elle n'a pas allaité.

Réglée à 14 ans, règles régulières; sans exagération, ni diminution.

Le 11 août elle a eu ses dernières règles régulières. Le 11 septembre, pas de règles. Le 11 octobre, perte assez abondante; elle s'est aperçu de sa grosseur il y a environ trois mois vers le commencement du mois d'août.

Il y a 26 ans, elle a peut-être eu une pleurésie à droite, qui, du reste, a bien guéri au bout de quelques semaines. C'est la seule maladie qu'elle eût faite. Elle a perdu deux enfants, dont un à 4 ans, de maladie de tête?

Il y a environ 3 mois, elle s'est aperçu qu'elle avait à la partie inférieure et externe du sein gauche une tumeur, petite, du volume d'un œuf, fort peu douloureuse à la pression ou spontanément. Cette tumeur resta à peu près stationnaire pendant deux mois; on lui avait simplement fait soutenir le sein. Il y a un mois, elle eut une perte à l'époque où elle attendait ses règles. Celles-ci, pour la première fois, n'avaient pas apparu le mois précédent.

La perte avait été accompagnée de la pesanteur habituelle dans les seins. Mais la malade est très affirmative sur ce fait qu'à partir de ce moment, la tumeur du sein a un peu diminué. Cependant, aujourd'hui, elle se présente à l'examen.

Etat actuel. — Les deux glandes mammaires sont volumineuses, les lobules durs, sont douloureux. Les seins sont pendants. Mais, en outre, à la partie inférieure et externe du sein gauche se trouve une tumeur de la grosseur d'un œuf environ, allongée, offrant la forme d'un lobule volumineux et induré. Un peu en dehors du sein se trouve une autre petite tumeur, de la grosseur d'une noisette. Aucune grosseur dans l'aisselle. Pas de rétraction du mamelon, pas d'adhérence à la peau, fort peu de douleur à la pression.

Cataplasmes. Pommade à l'iodure de plomb, frictions. Sou-

tenir exactement les seins au moyen d'un corset approprié.

Aujourd'hui lundi, 18 novembre, quinze jours après le premier examen, la malade revient. *La petite tumeur a complètement disparu. La tumeur la plus volumineuse a diminué de moitié. Elle se confond insensiblement sur ses bords avec les lobules dont elle paraît n'être que le centre.*

La malade ne souffre plus du tout. Elle continue le même traitement.

Le 2 décembre. Amélioration encore notable, cependant il persiste un peu d'induration dans le point autrefois tuméfié.

Pommade iodure de plomb. Soutenir les seins.

Le 23. La malade est revenue. L'état est exactement le même qu'au 2 décembre.

ÉTIOLOGIE

A. Cooper considérait la maladie comme l'apanage du jeune âge. Il fixait ses limites entre 17 et 30 ans. Dans les trois observations que nous venons de rapporter, les malades avaient 47 ans (obs. XVI), 33 ans (obs. XVII), 54 ans (obs. XVIII). Toutes avaient donc dépassé la limite assignée par Cooper. Mais, circonstance particulière, dans toutes les trois nous avons eu à enregistrer des abcès du sein à plusieurs années de distance. Dans les observations que nous rapporterons plus loin, on verra au contraire la maladie survenir sans aucun antécédent de cet ordre ou à la suite d'une contusion chronique (obs. XXIV); l'âge est moins avancé. Il s'agit de jeunes femmes. Il faut donc établir à ce point de vue une distinction :

1° La maladie précédée d'abcès dans le sein, survient chez des femmes avancées en âge ;

2° Survenue à la suite d'autres causes elle se montre chez des femmes jeunes (obs. XIX).

Je crois qu'il ne faut pas aller plus loin et préciser une limite d'âge, qui sera contrecarrée par des faits ultérieurs.

Influence d'une inflammation antérieure. — Il est remarquable de constater que dans trois observations nous trouvons noté des abcès du sein. A ces trois faits bien caractérisés nous pourrions en ajouter d'autres, ainsi dans une observation de Duplay (*Gaz. des Hôpitaux*, 1878, p. 602), qui est présentée comme un adénoïde du sein, la malade a eu à plusieurs reprises des abcès très probablement glandulaires à son premier accouchement. Les abcès guérissent. Elle fait un autre enfant. Au moment de le sevrer, elle s'aperçoit qu'il s'était développé, dans la moitié externe de la glande qui avait été précédemment le siège d'un abcès, une tumeur du volume d'une noisette, qui, à l'examen de M. Duplay se présente non pas comme une véritable tumeur mais plutôt comme une induration, formant un noyau plus dur que partout ailleurs. Pour nous, il s'agit dans ce cas de la même maladie. Quant la maladie paraissait être spontanée, la cause dans certains cas n'a pu être trouvée. Mais n'est-ce pas digne d'intérêt de voir la malade de Tillaux (obs. XIX), attribuer le développement du sein droit à l'usage d'un corset qui la blessait et de voir la tumeur diminuer depuis que la cause de cette contusion chronique fut supprimée ?

Les troubles de la menstruation ont toujours été invoqués quand il s'agit de la mamelle. M. Le Dentu dans une note qu'il a eu l'extrême amabilité de nous remettre, nous dit : « qu'en général, je crois que ces troubles ont une influence marquée sur les mammites ». Ils sont notés dans l'observation du même auteur (observ. XVIII). Nous n'insisterons pas davantage sur ce point qui est reconnu par tout le monde.

SYMPTOMES

Le début de la maladie est souvent lent et insidieux. La malade s'aperçoit par hasard qu'elle porte une grosseur au sein. Il peut remonter plus loin. Il en est de ces tuméfactions comme de toute espèce de tumeurs. Elle n'est aperçue par les malades que dans deux circonstances, quand la tumeur grossit ou quand elle devient douloureuse. C'est un point sur lequel M. le professeur Trélat ne manque pas d'insister dans son enseignement clinique. Si sous l'influence d'un accroissement de volume la tumeur est le premier signe aperçu, la malade effrayée se présente chez le médecin. Parfois sous l'influence d'un traitement anodin, la grosseur diminue d'elle-même, révélant ainsi sa nature peu grave (obs. XVI, XVII, XXVI). D'autres fois, au contraire, elle s'accroît graduellement, d'autres tumeurs semblables se développent à côté de la première ; ces dernières petites et peu distinctes. C'est alors que le sein prend un aspect qui selon l'expression d'une de nos malades était « grumelotté » (obs. XVI).

Le début par la douleur est en réalité plus fréquente. L'attention est attirée du côté des seins à cause des douleurs. La malade de l'observation XXIV, a commencé à souffrir six mois auparavant et il n'y avait que quinze jours avant son entrée à l'hôpital qu'elle s'était aperçue de sa tumeur.

Le plus souvent c'est la douleur qui attire l'attention, la tumeur se découvre ainsi immédiatement. L'observation XXIV est une exception.

En somme, le début de la maladie noueuse ressemble au début des autres tumeurs.

Il est une forme de début qui nous est suggérée par l'observation XIX, qui ne doit pas être extrêmement rare. Quoi qu'il en soit, elle est assez intéressante pour qu'on s'y arrête un instant. La maladie a débuté dans ce cas par un gonflement. Quand nous l'avons vue nous avons pu constater un véritable engorgement de la mamelle, qui trois mois après s'est calmé; malgré la persistance des douleurs, les seins sont devenus plus flasques, la peau moins tendue. Ne serait-on pas en droit de décrire d'après cette observation un début plus bruyant, accompagné de tuméfaction, d'engorgement mammaire, de douleurs. Si on admet qu'un processus sclérotique caractérise la maladie, ne trouvons-nous pas dans les processus semblables dont les autres organes sont le siège, comme le foie, un début tout à fait analogue à celui-ci. Dans la cirrhose du foie, l'organe devient parfois volumineux au début de l'affection, et ce n'est que plus tard et peu à peu que par la rétraction du tissu cellulaire, il se rapetisse et prend les dimensions qu'on lui connaît dans

la cirrhose de Laënnec. Quelque chose d'analogue doit se passer dans la sclérose de la mamelle.

La maladie parvenue à son complet développement offre à étudier des symptômes physiques et d'autres fonctionnels.

Symptômes physiques. — Rien ou presque rien de remarquable à noter à la vue, à peine voit-on quelquefois une légère déformation (obs. XVI). Cependant souvent nous avons noté quelques veinosités à la peau. Il faut arriver à la palpation pour assigner des caractères nets à la maladie. La palpation doit être faite de deux façons : avec les doigts en palpant d'avant en arrière et en saisissant la mamelle dans le sens latéral, Velpeau (loc. cit.), et après lui, Richet (Arch. topogr.) ont insisté sur la manière d'explorer cette glande.

Ils veulent que l'on palpe toujours d'avant en arrière avec les doigts appliqués à plat sur la mamelle. C'est le meilleur mode d'exploration, qui permet de se mettre à l'abri de toute erreur. Il faut commencer l'examen de cette façon. Mais quand on s'est assuré de l'existence d'une ou de plusieurs grosseurs par le procédé classique, il n'est pas défendu de saisir la glande entre les deux doigts et d'explorer ainsi les grosseurs par leurs parties latérales. C'est, je crois, la manière qui permet de se rendre un compte exact de leurs rapports avec la mamelle.

En explorant d'avant en arrière on trouve presque toujours *une tumeur* mobile, distincte, qui accapare l'attention de l'observateur. Celui-ci croit alors être en pré-

sence d'une tumeur mobile de la mamelle, d'un adénoïde et ne va pas plus loin dans le diagnostic. Il se contente de préciser son siège, sa forme, son volume, sa consistance et ses rapports.

Quand tous ces caractères ont été recueillis, on n'est pas plus avancé dans le diagnostic. On se trouve en présence d'une tumeur mobile dont le volume varie de la grosseur d'une noisette à celle d'une grosse noix, dont la consistance est ferme, rénitente; superficiellement située; en général séparée de la peau par une petite quantité de parties molles, et, enfin mobile, de cette mobilité des adénomes, au point de pouvoir être déplacée de deux, de trois travers de doigt dans tous les sens, offrant cette sensation de corps étranger dans la glande, comme le croit Velpeau; ou dans certains cas, cette sensation de corps étranger articulaire, de le *souris* des Allemands, comme nous en avons eu un exemple chez une jeune fille. Ajoutez à ces caractères la parfaite indépendance de la peau, et des parties profondes et vous aurez le tableau de la tumeur bénigne du sein. Mais qu'on explore aussi le reste de la glande, on ne tardera pas à se convaincre que cette tumeur n'est pas isolée; tout près, à une distance plus ou moins considérable de la tumeur principale il existe une grande quantité d'autres bosselures, séparées les unes des autres par de petits intervalles. Le volume de ses nodosités varie de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un petit pois. Leur consistance est la même que celle de la tumeur principale. Leur situation paraît superficielle comme l'a indiqué A. Cooper. Mais ce qui les distingue de la tumeur principale, c'est

leur parfaite connexion avec la glande mammaire. Si l'on prend la glande entre deux doigts, on ne tarde pas à constater que toutes ces bosselures font partie intégrante de la glande mammaire, qui est, on peut dire, comme sclérosée, surtout dans son tiers supérieur (obs. XVI). C'est encore à sa partie supérieure que la glande est notée noueuse, dure, inégale dans tout ce segment (obs. XVII). Ces nodosités sont le plus souvent éparses dans la glande mammaire, disséminées sans ordre au milieu du sein; on dirait alors qu'on a piqué une grande quantité d'épingles dans son épaisseur, et qu'on en sent les têtes à travers la peau; d'autres fois, elles affectent une disposition plus régulière; une forme en bandelettes; cette disposition nous n'avons eu à la noter que dans une seule observation (obs. XVI). Mais, sous le nom de tumeurs lymphatiques de la mamelle Milman Coley nous paraît avoir été frappé par cet aspect et avoir décrit la même maladie (Milman Coley, Arch. méd., t. XIX, et The Lancet, 1848). Si vous réunissez par la pensée ces petites tumeurs vous aurez la tumeur principale; et comme si le processus fut réalisé par la nature, la tumeur principale offre à sa surface de petits sillons, des dépressions qui le divisent en plusieurs autres plus petites. Elle ne se distingue en somme que par sa mobilité.

Cette mobilité elle-même n'est pas absolue; elle est bridée par un prolongement que la tumeur envoie à la glande, analogue aux prolongements décrits dans les tumeurs fibreuses des parois abdominales. Anatomiquement ce pédicule fut constaté par plusieurs auteurs (Broca, Bull. Soc. anat., t. XXIX, 1854; Huel, Manuel d'An.

path.; Goyrand. Bull. de thérap., 1857). Cliniquement nous avons pu le constater dans presque toutes nos observations. Dans une observation (obs. XVII), il est dit qu'en saisissant la tumeur avec les doigts comme pour la renverser de haut en bas, on sent un petit cordon qui rattache cette nodosité au reste de la glande. Dans l'observation XIX (obs. de M. Trélat), quand nous avons revu la malade nous avons pu constater une tumeur qui adhérerait à la glande par son bord interne. Pour constater ce pédicule, il suffit de prendre la tumeur entre les deux doigts, essayer de la renverser comme pour toucher sa face postérieure. Quelquefois on y arrive, mais on sent alors qu'un point est adhérent à la glande. Toutes les fois que nous avons recherché ce signe, nous n'avons pas manqué de le trouver.

On pourrait dire, en somme, que la tumeur principale n'est qu'une confluence de petites nodosités; c'est une induction, me dira-t-on, mais elle est appuyée sur les caractères même de la tumeur, — son pédicule, sa surface très bosselée — enfin sur ce caractère qu'elle partage avec ses satellites, de paraître plus grosse quand on la saisit dans son grand diamètre transverse que lorsqu'on procède à sa constatation par le palper d'avant en arrière. C'est là un signe sur lequel M. Tillaux a insisté dans une leçon clinique faite à propos de l'observation XXIV, signe que nous avons eu l'occasion de retrouver souvent dans nos observations.

En somme, cette tumeur n'offre qu'un caractère qui la sépare des petites nodosités, à part son volume : c'est sa mobilité. Pour s'assurer qu'elle procède par une

confluence de nodosités, il eut fallu la voir naître.

Rarement on assistera à sa naissance, les malades ne viennent pas nous consulter à ce moment. Mais on peut la voir disparaître. Quand elle disparaît, comme cela arrive fréquemment, comme on en voit un exemple dans l'observation XVIII, « elle se confond insensiblement sur ses bords avec les lobules de la glande dont elle paraît n'être *que le centre* ».

La peau avons-nous dit, ne contracte aucune adhérence ; elle conserve ses caractères normaux de souplesse et de coloration.

Enfin si l'on explore l'aisselle, il n'est pas très rare de rencontrer une intumescence ganglionnaire. Un engorgement ganglionnaire coexistant avec une tumeur mobile, nous paraît être d'une certaine importance pour le diagnostic ; à moins d'une écorchure de la peau, qui pût donner lieu à la lymphangite et à l'adénite, nous croyons que seule une irritation chronique de la glande, une *mammite* est susceptible de produire un pareil résultat, à une époque aussi rapprochée du début de l'affection.

Signes fonctionnels. Tumeur irritable de la mamelle.

— Un seul signe fonctionnel est à étudier. C'est la douleur. Cette douleur peut, dans certains cas, prendre une importance telle qu'elle prime tout autre symptôme, et apparaît pour ainsi dire si élevée au milieu du complexe symptomatique, qu'elle a pu être considérée comme une entité morbide, au point que certains auteurs ont cru la désigner sous un nom spécial (tumeur irritable de la mamelle, A. Cooper).

Cooper a distingué deux formes dans cette maladie : La mamelle irritable, celle qui ne s'accompagne pas de tumeur, et la tumeur irritable, proprement dite ; cette dernière fut considérée par cet auteur comme une tumeur spéciale dans sa nature, capable de développer les douleurs par sa propre organisation.

Velpeau a peu ajouté à la description de l'auteur anglais ; mais, comme il a observé que les nodosités existent souvent sans douleur et que, d'un autre côté, les douleurs se rencontrent sans tumeur, il en avait conclu qu'il y avait lieu de considérer ces deux états comme deux lésions distinctes, ou au moins comme deux degrés de la même lésion et les étudier séparément. »

Telle ne fut pas l'opinion de Broca qui, dans son traité des tumeurs (Tr. de tum., p. 470, t. II), a exposé la question de main de maître. Nous résumons son opinion. Il n'y a pas lieu de créer une entité morbide sur un seul symptôme, fut-il le plus saillant. L'irritabilité ne tient pas à telle tumeur plutôt qu'à telle autre, mais à l'individu qui la porte à c'est le malade qui, en réalité, est irritable plutôt que la tumeur. » Il dépouille un certain nombre d'observations que Ruz, Velpeau et d'autres ont produites sous le nom de tumeur véritable, et il trouve, tantôt un cancer, tantôt une mammite chronique, tantôt un adénome, qui ont été successivement le substratum pathologique de l'affection. Il précise aussi le sens du mot irritable. Il ne doit être appliqué, selon cet auteur, que pour désigner les tumeurs qui produisent des troubles fonctionnels douloureux tout en étant, par elles-mêmes des lésions presque insignifiantes. Un cancer qui

détruit les tissus par sa propagation et englobe par son extension les éléments anatomiques, est douloureux, mais il n'est pas irritable.

Voyons, maintenant, si la maladie noueuse de la mamelle peut devenir irritable. On n'hésitera pas à répondre par l'affirmative quand on aura lu l'observation que nous allons rapporter qui est un type de la maladie que nous étudions. La malade a été vue par nous-même dans le service de notre maître M. le Professeur Trélat, il y a bientôt quatre mois. L'observation, recueillie par l'interne de service notre ami Gomet, fut mise libéralement à notre disposition. Nous avons pu revoir la jeune fille quelques jours avant de passer notre thèse et nous avons eu à constater quelques changements qui nous paraissent importants.

OBSERVATION XIX

Service de M. le professeur Trélat (Charité).

La nommée Cast... Joséphine, âgée de 22 ans, entrée salle Sainte-Catherine, service de M. Trélat, au numéro 20.

Son père est mort tuberculeux, sa mère a souvent des migraines. Elle a deux sœurs dont l'une, de 22 ans, est bien portante ; l'autre est un peu délicate et nerveuse.

Sa santé est délicate ; elle eut la rougeole à 18 ans ; dans son jeune âge elle eut des maux d'yeux.

Réglée à l'âge de 14 ans, elle l'a toujours été irrégulièrement. Le sang est peu abondant ; l'écoulement ne dure que deux jours, mais elle ne souffre pas du côté des seins.

Début. — A l'âge de 18 ans, elle s'est aperçu d'un gonfle-

ment douloureux du côté du sein droit, en même temps qu'elle a remarqué trois ou quatre petites grosseurs développées dans la glande. Elles avaient le volume d'une noisette ; elles n'étaient pas douloureuses au toucher.

Dans l'aisselle, il y avait quelques petits ganglions.

Rien à gauche.

Depuis ce temps, le sein droit n'a pas cessé d'être douloureux avec des alternatives de mieux et de pire. Le volume des petites grosseurs du sein ne s'est pas beaucoup modifié.

Il y a 4 mois, le sein gauche est devenu douloureux lui-même ; elle a senti et un médecin a constaté l'existence de petites grosseurs douloureuses. Dans l'aisselle, de ce côté, il s'est développé quelques ganglions.

Dans ces quatre derniers mois, ces douleurs n'ont pas beaucoup augmenté. Elles consistent en quelques élancements douloureux occupant les deux seins aussi bien la nuit que le jour, au point d'empêcher le sommeil et d'occasionner la perte de l'appétit. Ces douleurs deviennent plus violentes au moment des règles.

Etat actuel. — Les seins ont augmenté de volume, sont disproportionnés pour une jeune fille de cet âge. Le *sein droit* est volumineux ; la peau n'a pas changé de couleur ni d'aspect. A la palpation, on sent les lobes de la glande durs. A la partie supérieure de ce sein on sent un gâteau dur aplati en surface, très douloureux au toucher, très mobile, sans adhérence à la peau ni aux parties profondes. Dans toute la glande on sent des lobes durs, isolés, de la grosseur d'un pois à celle d'une petite noisette. Certains de ces lobes forment de petites masses aplaties à surface grenue, comme de petites saillies, semblables en grosseur à des petits pois. La plus volumineuse de ces saillies est celle que nous avons signalée. Une autre se trouve au-dessous du mamelon. Dans l'aisselle on trouve deux ou trois ganglions, du volume d'un pois, mobiles sur les parties profondes, roulant sous la peau et peu douloureux au toucher. Le *sein gauche* est beaucoup plus volumineux que celui du côté opposé. La glande

est très développée ; ses lobes sont durs, douloureux au toucher. Le tout donne la sensation d'une masse grenue.

Il y a deux ou trois petits ganglions dans l'aisselle.

Elancements douloureux dans les seins avec irradiations dans les deux bras et le cou. Elle se plaint d'engourdissements et de douleurs dans les genoux et les jambes. Hyperesthésie ovarienne douloureuse. Sensation de boule hystérique. Pas d'attaques de nerfs. Sommeil presque supprimé. Pas d'appétit. Constipation. L'état général n'est cependant pas mauvais. L'embonpoint est conservé.

Telle est l'observation qui nous fut remise par M. Gomet, qui n'était nullement prévenu. Résumée en peu de mots, elle consiste en ceci : Une jeune fille, à la suite de certains troubles menstruels, souffre dans les seins. Elle porte la main à l'endroit douloureux et découvre des grosseurs. Examinée à l'hôpital, elle présente une augmentation de volume des deux mamelles, la peau n'a pas changé de caractères, mais elle paraît tendue. Il s'agit d'un véritable *engorgement*. A la palpation on trouve des deux côtés une quantité considérable de petites grosseurs, comme des lobules indurés de la glande mammaire, de petites nodosités dont le volume varie. A côté de ces nodosités, une *induration* diffuse, comme une tumeur qui occupe le segment supérieur externe du sein gauche. Pour nous, il n'y a pas de doute. Il s'agit ici aussi bien que dans les observations XVI, XVII, XVIII, d'une *maladie noueuse de la mamelle*. Physiiquement, les observations précédentes sont calquées sur l'observation que voici : D'un côté aussi bien que de l'autre, nous trouvons à la palpation une grande quantité

de nodosités disséminées dans les glandes faisant corps avec la mamelle, dont elles se distinguent par leur dureté. Leur perception est facile par la palpation d'avant en arrière. A côté de ces nodules, il se trouve une tumeur principale mobile, nous dit-on, mais qui fait assez corps avec la mamelle, pour que le nom de tumeur ne lui soit pas applicable. On parle d'une induration diffuse comme d'une confluence de petites nodosités. Rien ne manque pour caractériser l'affection, pas même cette intumescence ganglionnaire, chez une jeune fille qui ne présente de ganglion à nul autre endroit du corps. Nous sommes en mesure de conclure après cette confrontation, que l'observation qu'on vient de lire appartient à la *maladie noueuse de la mamelle* qui se présente sous une forme typique.

Ce qui la distingue, cependant, et lui donne une place à part, ce sont les phénomènes douloureux qu'elle engendre, ou dont elle est accompagnée. Si on veut la considérer à ce point de vue, on dira qu'il s'agit d'une tumeur irritable de la mamelle. Nous sommes en mesure de l'affirmer ; la malade est hystérique. Elle n'a pas d'attaque de nerfs, elle n'en a jamais eu. Mais elle sent une boule, une constriction à la gorge, elle est hyperesthésique de partout ; elle souffre d'une hyperesthésie ovarienne. Son caractère, ses habitudes, tout en elle témoigne en faveur de l'hystérie. Sortie du service de M. Trélat, elle fut admise dans le service M. Luys, où on la soigne comme hystérique. Nous sommes donc en présence d'une maladie noueuse de la mamelle spontanément développée chez une fille hyperesthésique. Nous

avons vu d'autres femmes présenter la même maladie sans en souffrir ; chez une jeune fille hystérique, la maladie devient irritable, elle fait souffrir, elle occasionne des élancements, elle nous offre le tableau de la *tumeur irritable*.

Nous avons revu la malade le 21 octobre dans le service de M. Luys et nous ayons constaté quelques changements dans son état. Les mamelles sont toujours douloureuses. Elles ont plutôt grossi mais la peau nous a paru bien moins tendue qu'autrefois ; les seins sont devenus plus flasques. Les nodosités sont aussi faciles à constater par la palpation d'avant en arrière, mais, circonstance sur laquelle nous appelons toute l'attention, l'induration qu'on a vue notée dans l'observation, est devenue plus manifeste, plus mobile ; on dirait à présent qu'on est en présence d'une vraie tumeur. Cette observation vient confirmer ce que nous avançons dans les symptômes, à savoir, que la tumeur principale est le résultat de la confluence de petites nodosités, qu'elle devient plus mobile à mesure qu'elle vieillit et qu'elle peut finir par constituer une tumeur de celles qu'on a l'habitude de qualifier *d'adénoïdes*.

Mais ce n'est pas la seule observation de maladie nouvelle qui fût compliquée de douleurs et qui constituât ainsi une *tumeur irritable*. Si l'on consulte les observations que P. Broca a compulsées, on en trouve une de Velpeau (Obs. CVI, loc. cit., Velpeau), où la tumeur irritable était une mammite chronique accompagnée d'engorgement ganglionnaire inflammatoire. Une autre de Rufz (Rufz, Arch. gén. de méd., t. III, p. 72, 1843),

se rapporte à une induration fibreuse de la mamelle. Comme telle, elle est acceptée par Broca. Dans une autre de Velpeau, il s'agit de grains *glanduleux hypertrophiés*. Wicham (Wicham, Prop. path., th., 1850) cite une autre observation qui est tellement caractéristique de notre maladie noueuse que nous ne nous dispenserons pas de la produire.

OBSERVATION XX (RÉSUMÉ)

Malade de 42 ans, dix ans auparavant à la suite d'un coup reçu à la mamelle gauche, des douleurs très vives s'étaient manifestées en même temps que plusieurs petites tumeurs s'étaient formées de cette glande. Au bout de quelques années les douleurs redoublent d'intensité. Le médecin enlève une de ces tumeurs, puis une seconde. Soulagement, les crises reviennent, nouvelles tumeurs. On les enlève au fur et à mesure, la malade subit 17 opérations. Les crises persistent la malade vient à Paris où Robert lui appliqua dix sétons, sans autre résultat. La malade retourna chez elle dans le même état.

Nous trouvons dans la Gazette des Hôpitaux de 1874, p. 937, une leçon clinique de M. Le Dentu et une observation de ce genre qui se rapporte à la maladie noueuse irritable.

OBSERVATION XXI

Il s'agit d'une simple mammite. La malade qui en est atteinte est accouchée il y a 7 mois ; elle a eu depuis plusieurs abcès

dans le sein, dont elle porte les traces, plus une induration en plaque qui persiste, ainsi qu'une série de petits points granuleux au-dessus de la mamelle. La région toute entière est le siège d'une hyperesthésie, mais sur quelques points la sensibilité est telle qu'on ne peut y toucher sans provoquer les plus vives douleurs. Cette malade a été traitée jusqu'à présent par les applications émollientes.

Le même auteur, dans une note écrite qu'il nous a remise, nous donne un exemple de la maladie noueuse, compliquée d'irritabilité.

OBSERVATION XXII

(Note de M. le D^r Le Dentu.)

Jeune fille de Lille. Grains multiples à la mamelle droite, dont un gros comme une petite noisette, aplati, au niveau duquel il y a un point névralgique très douloureux. Je conseille des applications d'une pommade à l'iode de potassium, des cataplasmes, de petites purgations salines, de plus : quelques injections morphinées. Au bout d'un an je constate que la tumeur a disparu et que l'état granuleux de la mamelle, s'est beaucoup modifié.

Dans la thèse de M. Portoul (Douleurs névralgiques de la mamelle, th. Paris, 1879) nous trouvons l'observation suivante :

OBSERVATION XXIII

(Obs. VI de la Thèse, Résumé)

45 ans, 3 enfants. Irrégularités de la menstruation. Chocs dans le sein droit.

Douleurs névralgiques dans le sein droit depuis 1 an.

En palpant la mamelle on constate une douzaine de petites nodosités siégeant à la circonférence de la mamelle et ne paraissant être autre chose que des lobules indurés, douloureux à la pression. Elle réclame une opération, qui lui a été refusée.

Nous ne décrivons pas ici les *tumeurs irritables*, qu'il nous suffise d'avoir mis en évidence ce fait, à savoir que ce que nous étudions sous le nom de maladie *noueuse* ou *mammite* est souvent accompagnée de douleurs. C'est encore un point qui rapproche ces *mammites* des *tumeurs adénoïdes*, des *fibromes* de la mamelle. C'est parmi les *adénomes* que Broca a trouvé le plus de *tumeurs irritables*. Ce point n'a pas non plus échappé à cet auteur qui écrit à propos de l'obs. de Wicham, déjà citée : « Beaucoup de femmes présentent dans les deux seins de petits noyaux sphériques d'induration qui sont tout à fait indolents, qui n'ont aucune tendance à s'accoître, qui font corps avec le tissu glandulaire, dont ils ne se distinguent que par leur dureté, et qui, jusqu'ici, n'ont pas été étudiés par les anatomo-pathologistes. C'est cette lésion que Velpeau a désignée sous le nom de grains granuleux hypertrophiés, et je crois volontiers que le travail qui le produit participe d'une hypertrophie autre que celle qui produit les *adénomes* et peut-être d'une hypertrophie purement fibreuse » (Broca, loc. cit., t. II, p. 472).

MARCHE

Ce qui caractérise surtout la maladie, lui donne son cachet particulier et justifie sa description à part, c'est sa *marche*; c'est sa *terminaison*.

Dans l'observation XVII la malade s'aperçoit d'une grosseur au sein. Elle consulte un médecin qui lui donne une pommade. Les grosseurs diminuent.

Une autre malade (obs. XVI) s'aperçoit que son sein était grumeleux et légèrement gonflé. Un médecin fut appelé; il ordonne des cataplasmes. Son ordonnance s'exécute. La malade se condamne au repos. Au bout d'un mois le gonflement disparaît, l'état grumeleux du sein se dissipe « ça s'est complètement dissous » ce sont ses propres expressions. Trois ans se passent. Puis le sein recommence à gonfler. Nous la voyons une première fois. Au bout d'un mois nous retournons la voir chez elle « les mamelles avaient beaucoup diminué de volume ».

Dans les observations XXIV, XVIII, XXV, XXVI, nous voyons la maladie sous l'influence du repos, de la compression ou même simplement à l'aide de quelques antiphlogistiques diminuer d'étendue, souvent se dissiper d'une façon complète. L'observation XXVI est à citer : la tumeur apparaît il y a 9 ans, elle persiste pendant quelques mois et disparaît spontanément. Il y a 4 mois, la grosseur du sein gauche réapparaît. Elle est traitée par une pommade; le volume de la glande diminue.

Après 8 jours on abandonne le traitement, la tumeur regrossit.

Ces observations sont à méditer, car elles démontrent d'une façon péremptoire que la marche de ces sortes de tumeurs est éminemment *oscillante*. Il y a des alternatives de mieux et de pire. Des oscillations dans le volume de la tumeur. Si l'on a parfois vu une vraie tumeur du sein arriver en peu de temps à un volume considérable, en a-t-on jamais vu qui ont rétrogradé? Nous le demandons. Va-t-on qualifier de tumeur, c'est-à-dire de produit tendant à s'accroître, n'ayant aucune tendance à la résolution, une affection dont les simples applications antiphlogistiques ont suffi pour enrayer la marche.

Cette marche procède aussi par saccades. L'affection ne gagne pas de proche en proche pour arriver à son développement complet. « Elle procède, au contraire, par poussées » (Lannelongue, art. Mamelles, Dict. pratique).

Enfin, la *terminaison* par la guérison spontanée, ou obtenue à l'aide de la compression caractérise encore on ne peut mieux ce genre d'affections.

« Ce sont des maladies de ce genre traitées et guéries par les antiphlogistiques, les fondants, la compression qui ont fait croire à la guérison d'un cancer par ces différentes méthodes de traitement. Ces cas rentrent pour nous dans ceux où le diagnostic est incertain et c'est de ceux où le traitement peut surtout contribuer à l'éclairer » (Béclard. Th., loc. cit.). « J'ai la conviction, dit Velpeau (art. Mamelles) pour mon compte que les succès qu'en ont obtenus Young, M. Récamier et quelques autres pra-

ticiens appartiennent à ce genre de tumeurs dans les engorgements mammaires ».

Je sais bien qu'on m'objectera que la compression comme méthode de traitement n'est pas inventée d'hier, que P. Broca n'a eu qu'à s'en louer dans le traitement des adénomes du sein.

Je sais aussi que M. le professeur Le Fort s'en trouve très bien dans le traitement des mêmes affections, et pourrais citer des exemples que je lui ai entendu raconter. Mais, quand Velpeau nous parle de deux demoiselles qui étaient affectées d'adénoïdes et qui s'en sont trouvées guéries une fois mariées, l'une au bout de 2, l'autre au bout de 3 ans; quand il cite l'exemple de cette dame de 25 ans, chez laquelle les adénoïdes se montrèrent en si grand nombre, et qui disparurent tous comme par enchantement à l'âge de 40 ans; quand on me cite tous ces faits, je ne puis m'empêcher de croire que toutes ces tumeurs qualifiées d'adénoïdes n'étaient autre chose qu'une variété de la maladie noueuse de la mamelle ou qu'une mammite chronique. Dans les recueils périodiques, dans les différentes thèses (Th. de Bremard, 1868) on trouvera des observations analogues qui toutes se résument en ceci : Une malade se présente avec une tumeur au sein; cette tumeur offre tous les caractères d'un adénoïde. On lui propose l'opération. Pour une raison ou pour une autre cette opération est différée et au bout de quelques jours, quand on revoit la malade, on est tout étonné de ne plus retrouver la grosseur ou de constater qu'elle a diminué de moitié.

La mammite chronique ne se présente pas toujours

sous la forme que nous venons de décrire; elle a, comme toutes les maladies, ses formes *frustes*. C'est même à cause de cela qu'elle est si souvent confondue avec la tumeur.

FORMES FRUSTES

Nous avons vu que la *maladie noueuse* présente à la palpation deux choses : une tumeur principale et une foule de nodosités. L'un des deux éléments peut disparaître, l'autre peut se modifier; ainsi naissent des formes frustes. Les observations suivantes en sont des exemples :

OBSERVATION XXIV

(Due à l'extrême obligeance de M. le Dr Le Dentu).

Une dame d'une cinquantaine d'années vint me consulter au mois de février de cette année pour une petite tumeur située au côté externe et supérieur du sein gauche, de la grosseur d'un 1/2 œuf de pigeon; tumeur passablement mobile mais ayant assez les caractères d'une tumeur maligne pour que je fasse les plus grandes réserves dans le diagnostic. Je conseille les applications d'une pommade à l'iodure de potassium, presque sans frotter, et des cataplasmes, ainsi que quelques purgations salines.

Au bout d'un mois il y avait diminution, au bout de six mois disparition à peu près complète de la tumeur. Il n'y avait pas dans ce cas de troubles de la menstruation, mais en général je crois que ces troubles exercent une influence marquée dans les *mammites*.

OBSERVATION XXV

(Due à l'amabilité de notre bon ami et collègue Guillet).

La nommée Desb..., Emilie, âgée de 39 ans, couturière, entrée le 24 mai 1886 dans la salle Ste-Marthe, n° 8, service de M. le Dr Tillaux.

Père mort à 50 ans. Mère bien portante. Frères tous bien portants. Sauf une pleurésie que la malade a eu à Paris et une fluxion de poitrine à 49 ans, la malade se porte assez bien. Elle est cependant sujette aux bronchites. Jamais elle n'a eu d'enfants. Il y a six mois elle a commencé à ressentir quelques douleurs dans le sein droit; il y a 15 jours elle s'est aperçue d'une grosseur.

Etat actuel. — Le sein droit est un peu plus volumineux que le gauche. Mais il n'y a pas de déformation appréciable à la vue. La peau a conservé sa coloration normale, le mamelon fait une saillie semblable à celle du côté opposé. Il n'y a pas de réseau veineux développé. Dans la partie supérieure de la glande on constate la présence d'une tumeur ferme, à surface lobulée, à contours assez mal délimités, qui semble envoyer un prolongement vers le mamelon. Quand on saisit cette tumeur dans son grand diamètre transversal elle semble bien plus volumineuse que lorsqu'on procède au palper d'avant en arrière. Elle est mobile dans les parties profondes.

Pas de ganglions dans l'aisselle.

La malade attribue le développement du sein droit à l'usage d'un corset neuf qui la blessait; depuis qu'elle a cessé de porter ce corset, la tumeur a diminué. Etat général satisfaisant.

Le 8 juin, la tumeur a presque complètement disparu sous l'influence de la compression.

8 jours après il n'y avait plus rien de pathologique dans la mamelle.

OBSERVATION XXVI

(Mammite interstitielle subaiguë. Th. de Fau, 1878. Résumée):
(Serv. de M. Duplay).

D... 39 ans. Début 9 ans. *Sein gauche*, grosseur sans douleur. Elle persiste quelque temps et disparaît. Depuis qu'elle a disparu, les deux seins sont semblables. Il y a 4 mois une grosseur survient à la mamelle gauche, tout à coup. Elle augmente progressivement (Trait. : pommad. Iod. de potas.).

Le volume de la glande diminue. Après 8 jours elle abandonne le traitement; le grossissement a recommencé.

Etat actuel. — Tumeur au sein gauche, large de 6 cent., haute de 4 cent.

Pas de rétraction du mamelon. La peau est mobile, indolente à la pression, rénitente, non adhérente, mobile.

Le 6 juin. Compression.

Le 10. La compression qu'a très bien supportée la malade amène une amélioration très notable.

Le 12. Le mieux se continue.

Voilà donc trois observations où il s'agit manifestement d'une inflammation chronique. Nous mettons de côté la dernière pour l'examiner tout à l'heure, voyons comment les choses se sont passées dans les deux premières. Dans les deux cas on était en présence d'une tumeur du sein qui n'était adhérente ni à la peau, ni aux parties profondes, mais qui n'offrait pas la sensation de corps étrangers de la mamelle pour qu'on puisse dire qu'elle était adénoïde. Dans l'observation de M. Le Dentu, ce chirurgien fait les plus grandes réserves à pro-

pos d'une tumeur maligne. Dans celle de M. Tillaux, la tumeur semble envoyer un prolongement vers le mamelon. Elle semble, en un mot, s'approprier la glande à la manière des cancers, d'où la perplexité dans laquelle se sont trouvés ces deux chirurgiens. Qu'on se rapporte à la description de la maladie noueuse de la mamelle, et on retrouvera en petit les caractères de cette tumeur. Là nous avons une tumeur principale, qui mobile et bien limitée affecte tous les caractères de l'adénome. A côté nous trouvons une quantité de nodules qui font partie intégrante de la glande.

Qu'on donne à un de ses nodules des dimensions plus considérables, sans rien lui ôter de ses connexions glandulaires et on aura une forme fruste, il est vrai, mais une forme de mammite telle qu'elle est exposée dans les observations de Le Dentu et de Tillaux. Et qu'on n'aille pas contester sa nature inflammatoire. Car le diagnostic offre ici des garanties au-dessus de toute atteinte.

La tumeur offre beaucoup des caractères d'un cancer et elle se termine cependant par résolution. C'est une preuve irréfutable de sa nature inflammatoire.

L'observation XXVI est une forme spéciale. Ici nous sommes en présence d'une vraie tumeur bénigne. La connaissance de la maladie noueuse dans son ensemble nous permet encore d'expliquer cette forme fruste de la maladie. Supposez la tumeur principale de la maladie noueuse plus avancée dans son développement; elle devient très mobile, elle perd toute connexion avec la glande; les nodosités satellites disparaissent, et, nous le savons, elles sont bien susceptibles de ce genre de terminaison

(nos observations l'ont assez prouvé), vous aurez la forme de l'observation XXVI.

Ainsi nous avons, d'une part la *maladie noueuse* complète, typique, avec sa tumeur principale et ses nodosités satellites.

A côté, par l'excès ou le défaut de volume de l'un ou de l'autre de ses éléments nous créons deux types de maladie fruste : le 1^{er} ressemblant aux tumeurs malignes ; le 2^e offrant des ressemblances avec les tumeurs bénignes. Et ces types se retrouvent dans les observations. Je ne sais si je force les faits, mais cette interprétation me paraît le plus conforme à la vérité. Elle doit paraître de même aux chirurgiens (Tillaux, Le Dentu, Duplay) qui intitulent leurs observations de *mammites chroniques*, qui s'abstiennent d'une opération au plus grand bénéfice de leurs malades.

DIAGNOSTIC

La maladie noueuse de la mamelle dans son complet développement nous paraît assez facile à reconnaître. Il suffit de se rappeler qu'elle succède dans certains cas à des abcès antérieurs, que dans d'autres elle est le résultat d'une irritation connue ; qu'à la palpation elle se compose d'une tumeur principale mobile mais pédiculée, accompagnée d'une multitude de petites indurations disséminées dans l'épaisseur de la mamelle, qui font corps et contractent des connexions intimes avec la glande, qu'elle est souvent bilatérale ; qu'elle marche

d'une façon irrégulière, par saccades ; qu'elle se termine par résolution et que le traitement médical, en tous cas, a une prise considérable sur elle.

La mammite chronique qui revêt cette forme offre des ressemblances très grandes avec l'adénome. Broca expose le diagnostic différentiel en ces termes : « on ne confondra pas les adénomes avec les indurations chroniques inflammatoires de la glande et il ne sera même pas nécessaire de recourir pour cela aux commémoratifs. L'induration limitée à un ou plusieurs lobes forme une tumeur irrégulière, diffuse à sa base et faisant corps avec le reste de la glande, tandis que l'adénome de même volume constitue une tumeur bien limitée, soluble et mobile par rapport à la mamelle ».

Si l'adénome, qui le plus souvent n'est histologiquement que du fibrome pur, était toujours aussi bien circonscrit que le veulent Velpeau et Broca, s'il faisait toujours corps étranger dans la mamelle, le diagnostic d'avec une mammite n'offrirait aucune difficulté, surtout dans la forme complète de la maladie, la maladie noueuse de la mamelle. Il suffirait alors de constater, à côté de la tumeur qui aurait donné l'idée du fibrome, la grande quantité des granulations glandulaires pour être fixé sur le diagnostic. Malheureusement, nous ne savons pas si le fibrome lui-même ne peut jamais s'accompagner de ces nodosités mammaires. Tous les auteurs ont parlé d'un engorgement consécutif aux tumeurs : le néoplasme jouerait, dans certaines circonstances, le rôle d'épine irritative, qui, par sa présence dans la glande, irriterait les éléments de celles-ci et pourrait produire une inflam-

mation périphérique. Cette irritation qui reconnaît pour cause une affection chronique, peut se manifester chroniquement et produire les nodosités de la mamelle.

Alors ces nodosités seront consécutives à la tumeur. C'est le fibrome qui a commencé et l'induration qui l'a suivi. Il s'agit d'une complication. Mais la lésion principale est la tumeur.

Il faut bien admettre une telle explication pour interpréter la coïncidence fréquente de ces nodosités avec une tumeur mobile, démontrée histologiquement être un fibrome. Nous avons eu l'occasion de voir extirper à M. le professeur Trélat un fibrome qui présentait cette particularité. Nous nous rappelons avoir vu opérer des tumeurs de même nature par d'autres de nos maîtres, tumeurs mobiles, mais accompagnées d'une certaine induration de la mamelle.

Nous ne sommes pas en mesure de confirmer ou d'infirmer une pareille hypothèse. Nous nous contenterons de dire que, si elle venait à être confirmée, un diagnostic différentiel de la mammite noueuse d'avec un fibrome compliqué de nodosités, serait absolument nécessaire à établir.

A moins d'admettre, et c'est là notre conviction intime, que le fibrome et la mammite chronique ne sont que deux degrés d'une même et seule affection. Dans cette dernière hypothèse, de deux choses l'une, ou la mammite est typique (maladie noueuse de la mamelle), ou elle est fruste (variété, tumeur bénigne, variété, tumeur maligne).

Si la mammite est typique la difficulté de diagnostic ne

sera pas grande. Tous les chirurgiens s'abstiendront d'opérer une affection de ce genre et se contenteront de l'expectation et de la compression, reconnaissant implicitement qu'il ne s'agit pas d'une véritable tumeur.

Si elle est fruste et qu'elle se présente sous la forme d'une tumeur mobile, indolente, roulant sous le doigt et unique, il sera extrêmement difficile de dire s'il s'agit d'un fibrome ou d'une mammite; ainsi nous voyons des chirurgiens qui connaissent le mammite (Duplay) désigner cette sorte d'affection tantôt sous le nom de mammite tantôt sous celui d'adénoïde (Gaz. des hôpitaux, 1878, p. 602).

Mais si la variété fruste de la mammite à laquelle on a affaire affecte certains caractères du cancer, comme dans les observations (XXIII, XXIV) le diagnostic a une grande importance.

Il se base alors sur quelques présomptions et sur un signe certain.

Les présomptions dont je parle sont fournies par les caractères de l'affection.

On se trouve en présence d'une tumeur qui fait partie de la glande mammaire et qui s'en approprie les éléments à la manière du cancer. Mais, la peau n'est pas adhérente même sur un point. La tumeur est mobile sur les parties profondes, les ganglions ne sont pas engorgés, souvent la maladie attribue à une cause d'irritation habituelle la naissance de sa tumeur. Ce sont autant de présomptions qui font hésiter et qui font temporiser.

La marche complétera le diagnostic. Si l'affection cède à la compression ou aux antiphlogistiques, qu'elle

diminue seulement un peu sous l'influence de pareils moyens, on est sûr qu'on a affaire à une mammite.

Si elle progresse, au contraire, malgré leur emploi, le diagnostic de cancer est du coup confirmé.

C'est en se basant sur ces signes que M. le Dr Tillaux put faire le diagnostic dans deux cas, qu'il a eu l'extrême obligeance de nous communiquer (communication orale). Dans un premier fait, il s'agissait d'une dame qui habite la province, le médecin avait conçu l'idée de cancer. M. Tillaux fut appelé pour confirmer le diagnostic et faire l'opération.

Il se trouva en présence d'une maladie qui présentait dans le sein un certain nombre de nodosités et une tumeur presque indépendante. Mais le mari lui raconta que sa femme a eu déjà une tumeur au sein qui s'est dissipée spontanément. C'était déjà une présomption en faveur de la mammite. En l'examinant, il a été frappé de la non adhérence de la tumeur, de la conservation de la forme du mamelon, de la présence d'un ganglion axillaire. D'après ces présomptions il fait faire de la compression. La tumeur disparaît et la malade se porte bien depuis ce moment.

Dans une autre circonstance, une femme qui avait une tumeur de la mamelle se présente à la consultation de M. Tillaux. Ce chirurgien après l'avoir examinée, conçut quelques soupçons sur l'existence d'une mammite. Il fait faire la compression. La tumeur disparaît. Quand elle eut disparu la malade lui raconta qu'un autre chirurgien lui avait proposé une opération quelque temps auparavant. Le jour de l'opération était fixé, mais le chi-

urgien étant tombé malade, elle fut différée. C'est ainsi que cette dame est allée trouver M. Tillaux. On sait le reste. Il y a dix ans de cela et la dame en question continue à se bien porter.

Voilà deux opérations qui eussent été faites inutilement.

Beaucoup de femmes amputées des deux mamelles pour un soi-disant cancer, l'ont été aussi inutilement. Les opérations aujourd'hui n'offrent heureusement aucune espèce de gravité. Mais il n'est pas inutile, ce me semble, de mieux approfondir cette affection.

PATHOGÉNIE DE LA MALADIE

CONCLUSIONS

La nature inflammatoire de la maladie ne peut être mise en doute.

Deux ordres de faits le prouvent. Des faits cliniques, des faits anatomo-pathologiques.

Dans l'étude clinique que nous venons d'esquisser nous l'avons vue naître consécutivement à l'ouverture des abcès du sein, à un certain laps de temps, ou à la suite d'une contusion mammaire. Si elle survient spontanément elle coïncide avec les troubles menstruels qui peuvent provoquer une certaine fluxion de la mamelle.

Ses symptômes ne sont pas ceux d'une tumeur, dans le sens propre du mot.

La tuméfaction qu'on constate est due à un gonflement d'une portion de la glande. Cette tuméfaction se modifie dans son volume et peut disparaître sous l'influence de moyens anodins et incapables de provoquer la résolution d'une vraie tumeur.

Il suffit d'invoquer une seule observation pour démontrer la nature inflammatoire de la maladie. Les autres n'étant que son exacte répétition, la démonstration est valable pour toutes. Celle de M. Trélat (obs. XIX) est

très démonstrative. Voilà une maladie de la mamelle qui débute par un véritable engorgement. Cet engorgement disparaît peu à peu, alors la tumeur principale apparaît plus nette. Mais cette tumeur mobile, bénigne est reliée à la glande; elle est accompagnée d'une intumescence ganglionnaire indiscutable. La malade n'est pas strumeuse aucune écorchure de la peau ne peut rendre compte de cet engorgement ganglionnaire, qui persiste du reste depuis bientôt quatre mois. N'est-ce pas rationnel de l'attribuer à une inflammation propagée de la glande?

L'étiologie, la marche, la terminaison, tous ces chapitres de la maladie sont en parfait accord avec l'idée d'une inflammation, d'une *mammite*.

Les anatomo-pathologistes sont aussi tous unanimes pour considérer les indurations chroniques comme une inflammation chronique. Virchow (Traité des tumeurs) s'exprime ainsi : « Dans le premier stade véritablement inflammatoire, la substance glandulaire (canaux galactophores et culs-de-sac terminaux avec leur épithélium) n'existe pas seulement intacte à côté du tissu conjonctif en prolifération, mais elle est en même temps parfois augmentée dans sa masse, en ce que l'épithélium est plus abondant. Dans le second stade, le tissu conjonctif se rétracte et la substance glandulaire subit une altération concomitante ».

Il est inutile d'insister davantage pour conclure que la maladie noueuse de la mamelle est de nature inflammatoire.

Voyons maintenant les affinités qu'elle présente avec les tumeurs bénignes de la mamelle.

Nous n'avons pour cela qu'à mettre en contribution, les connaissances cliniques que nous avons acquises à propos de la maladie noueuse et à produire l'opinion des anatomo-pathologistes qui l'ont étudiée histologiquement.

Dans le diagnostic, nous avons vu combien il était difficile d'assigner des caractères tranchés à la maladie noueuse, qui permettent de la différencier des tumeurs fibreuses.

Nous avons vu que la difficulté devenait extrême quand ils'agissait d'interpréter les formes frustes de la maladie. La ressemblance entre le fibrome et le mammite était telle que nous nous sommes demandé s'il n'y avait pas une véritable identité de nature.

Mais, sans aller aussi loin, en se tenant seulement à l'interprétation rigoureuse des faits observés, on peut se risquer à émettre la conclusion que voici : la difficulté de diagnostic différentiel entre les fibromes et les mammites prouve que la transition de la vraie tumeur à l'inflammation chronique n'est pas aussi brusque que l'on a cru jusqu'à présent. Une pente douce conduit de l'une à l'autre. Un trait d'union, représenté par les formes frustes, de la mammite, réunit ses dernières aux tumeurs bénignes. Et cette transition est tellement insensible que des observateurs expérimentés se trouvent embarrassés pour déterminer la nature des formes qui se trouvent sur les limites.

Voilà la seule conclusion que nous nous permettons en clinique.

Transportons-nous sur le terrain anatomo-pathologique

et nous verrons comment les histologistes ont compris la question ; Virchow n'hésite pas à confondre la description de l'induration mammaire avec celle des fibromes. Il admet un processus sclérotique dans les deux cas analogue à celui qui s'observe dans le foie, dans le rein. Wernher (*Teisch für rationnn. medecin*, 1881) n'hésite pas à proposer le nom de cirrhose pour désigner l'affection. Cornil et Ranvier admettent une distinction entre l'induration chronique et les fibromes (Cornil et Ranvier, 1884, t. II, p. 731), auxquels ils consacrent une description à part. Mais ils admettent aussi que « les abcès de la mamelle après la guérison laissent des indurations constituées par du tissu conjonctif organisé, de nouvelle formation, qui peuvent grossir et constituer des fibromes ». Dans l'esprit de ces auteurs il existe une cause à effet entre l'inflammation chronique et le fibrome. C'est justement la conclusion que nous avons cru pouvoir tirer des faits cliniques.

Dans le fibrome aussi bien que dans la maladie noueuse, c'est le tissu cellulaire péri-acineux qui est le siège de l'affection. C'est un processus sclérotique qui aurait besoin d'être étudié dans tous ses détails par des expériences de physiologie pathologique.

Si on réfléchit que ce tissu cellulaire est aussi le siège de lacunes lymphatiques mises en évidence par Labbé et Coyne, on ne s'étonnera pas de la voir comparer par certains auteurs à l'éléphantiasis (Virchow), par d'autres aux œdèmes des membres qu'on appelle aussi œdèmes lymphatiques (Duplay, *Th. de Fau*, loc. cit.), et on ne sera pas surpris de retrouver la description de la maladie

sous le nom de *tumeurs lymphatiques de la mamelle* (Milman Coly. Loc. cit.).

Entre le fibrome et la mammite il y a des étapes intermédiaires. Il s'agit de processus qui se continuent et dont la nature est par conséquent identique. Les fibromes représentent les tumeurs bénignes par excellence dans la mamelle. La mammite chronique est incontestablement de nature inflammatoire. Après cela, ne serait-on pas en droit de penser que les tumeurs bénignes de la mamelle sont d'origine inflammatoire, laissant ainsi le champ libre pour l'interprétation des néoplasmes malins. C'est une hypothèse, déduite d'un certain nombre de faits et que l'expérimentation, la clinique et l'histologie ne tarderont peut-être pas à confirmer.

Vu : le Doyen,
BÉCLARD.

Vu par le président de la thèse,
U. TRÉLAT.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

sous le nom de tumeurs lymphatiques de la mamelle
(Mills et Goly, Loc. cit.).

Entre le fibrome et la mammaire il y a des étapes inter-
médiaires. Il s'agit de processus qui se continuent et
dont la nature est par conséquent identique. Les fibromes
représentent les tumeurs bénignes par excellence dans
la mamelle. La mammaire chronique est incontestable-
ment de nature inflammatoire. Après cela, ne serait-on
pas en droit de penser que les tumeurs bénignes de la
mamelle sont d'origine inflammatoire, laissant ainsi la
chance libre pour l'interprétation des néoplasmes malins.
C'est une hypothèse, dénuée d'un certain nombre de
faits et que l'expérimentation, la clinique et l'histologie
ne tarderont peut-être pas à confirmer.

Vu le rôle important que jouent les tumeurs de la mamelle dans le cancer, il est intéressant de connaître les conditions de leur développement. On a vu par le président de la séance

II. TUMOURS OF THE MAMMARY GLANDS

Les tumeurs de la mamelle sont de deux sortes : les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes. Les tumeurs bénignes sont les fibromes et les adénomes. Les tumeurs malignes sont les carcinomes et les sarcomes.